

# Komunikácia s hypertonikom: šanca výhry aj prehry

L. Mokrá

*Človek je tvor, ktorý sa bude pri štandardne stanovených ekonomických, klimatických, fyzikálnych, chemických, biologických, medziludských podmienkach správať ... ako mu napadne.*

*Murphyho zákon*

Naša odborná literatúra je vysoko produktívna na množstvo kvalitných informácií o hypertenzii, o tejto novej epidémii civilizovaného veku, ktorou bude väčšina populácie platiť za vysoký stupeň pohodlia, používanie kolies namiesto vlastných končatín, technické civilizačné výdobytky, počítače, bielu domácu techniku, papučové kultúry vyznávajúce vzrušujúce a aj tie bezcenné balastné vysielania v televízii, voňavé gastronomické hriechy, stresujúce zamestnania potápajúce komplexy a pocity prázdnoty, chýbanie ušľachtilých záujmov, takže dňom chýba uvoľnenie, vzpruženie a osvieženie. Na jednej strane človek bez endorfínov, lebo niet fyzickej aktivity, ktorá by ich v mozgu vyrobila, a na druhej strane predstava života bez hraníc, kedy nič nie je nemožné, ani stať sa „miss Universae“, ani vidieť Grand Canyon z helikoptéry. Ale keďže väčšina ľudí len hovorí o zdravom životnom štýle, no súčasne porušuje všetky jeho atribúty, musíme sa liečiť z množstva civilizačných ochorení. Hypertenzia je jedným z nich. Na jej liečbu máme početné spôsoby a postupy, a nech použijeme ktorékoľvek, vždy je podstatné ich užitie na mieru. Pritom je nesmierne dôležitá komunikácia s pacientom. Prostredníctvom nej vytvárame spojivo medzi teóriou a praxou, vedou a realitou, v ktorej žijú naši pacienti. Sú viac alebo menej vzdelaní, s viac alebo menej sympatickými osobnostnými vlastnosťami, odmietaví aj prijímajúci, motivovaní na liečbu alebo liečbu ignorujúci. Nech sú akíkoľvek, sme povinní komunikovať s nimi spôsobom, ktorý bude prínosom pre ich zdravie a kvalitu života. Nestačí

však len vstrebať odborné informácie teoreticky. Rovnakým umením je ich pretavenie do reči zrozumiteľnej pre pacienta, ich empatické podanie a napokon ešte aj nenápadné overenie si skutočnosti, či pacient naozaj vysvetleniu porozumel.

## **HYPERTENZIA – ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE**

Je zarážajúce, ako hlboko pretrvávajú z minulosti v ľuďoch presvedčenie o vyhovujúcich hodnotách krvného tlaku (TK) a ako nemajú predstavu o teraz uznávanom optimálnom TK menej ako 120/80. Informácia, že kardiovaskulárne riziko stúpa už od TK 115/75 torr, je pre laikov rovnako neuveriteľnou ako tá, že predhistorickí ľudia mali taký systolický TK, ktorý by sme dnes považovali za hypotenzívny (100 torr). Sú presvedčení, že by mali mať „srdcový“ tlak 100 + vek a že dôležitejší je „ten druhý“. Väčšinou o význame TK pre kardiovaskulárne riziko majú len hmlistú predstavu. Pochybnosti a rezignáciu vyjadrujú názorom, že nikdy v živote dobrý tlak nemali, ani ho mať nebudú a jedným dychom dodávajú, že sa na tom nič nedá zmeniť. Tpezlivé vysvetlenie, že nižšie hodnoty TK ich môžu ochrániť pred CMP alebo infarktóm, prijímajú spočiatku s nedôverou. Niektorí skôr, iní až po niekoľkých návštevách prijímajú názor, že dnes je už možné docieľiť podstatne nižšie hodnoty TK, že máme lepšie, dokonalejšie a pohodlnejšie možnosti liečby ako kedysi, že znižovanie tlaku musí byť (hlavne ak ide o staršieho človeka) postupné a že je veľká pravdepodobnosť, že sa to spojenými silami pacienta a lekára podarí, takže náš konkrétny pacient nemusí naplniť neradostnú štatistiku o tom, že vo svete je len tretina liečených hypertonikov správne kontrolovaná [6].

Stále nedostatočné je toto presvedčenie v populácii, ktorá je mimoriadne riziková

a kde potreba systolického TK menej ako 120 torr je viac ako naliehavá – u diabetikov. Býva pre nich celkom novou informáciou, že potreba ideálnych hodnôt TK je u nich dôležitejšia ako potreba ideálnej glykémie. (Hneď druhým dychom je vhodné doplniť, že najvýhodnejšie je ideálne fungovanie oboch ukazovateľov). Medzi bazálne vedomosti, ktoré by sa mali pacientom prijateľne vysvetliť, sa dá počítať aspoň orientačné ozrejenie cirkadiálneho rytmu krvného tlaku. Dnes už totiž tlakomer je módnym vianočným alebo iným darčekom a nech sa už objaví v rodine pri akejkoľvek príležitosti, umožňuje blízkym alebo vzdialenejším príbuzným, priateľom aj známym občas, alebo aj častejšie skontrolovať si TK. V riedko osídlených oblastiach, kde ide pacientovi do sídla praktika autobus dvakrát denne alebo kde mu v návšteve lekára bráni porucha hybnosti a vek, je to nesmierne cenná a užitočná pomôcka. Aby však pacient alebo jeho príbuzní správne interpretovali namerané hodnoty TK, je dobré stratiť pár slov a vysvetliť im, aké hodnoty TK sú počas rôznych častí dňa normálne a čo všetko môže spôsobovať ich výkyvy. Po polnoci krvný tlak klesá na svoje najnižšie hodnoty, zväčša nad ráno dosahuje vrchol, ktorý trvá aj počas predpoludnia, klesá odpoľudnia a znova stúpa podvečer. Všímaví pacienti vyzorujú, že užitie liekov ráno modifikuje túto fyziológiu a niekedy zosumarizovanie hypotenzívnych účinkov medzi 8. a 11. hodinou spôsobí známe prejavy hypotenzie, ktoré je možné ľahko domácim tlakomerom objektivizovať, takže sa stane, že pacient prinesie diagnózu poliekovej dopoludňajšej hypotenzie „naservírovanú na tanieri“. V každom prípade trváme na zmeraní najvyššieho očakávaného tlaku za 24 hodín – ráno hneď po zobudení a ešte pred užitím liekov, vždy pri subjektívnych ťažkostiach a kedykoľvek,

kedy predpokladáme výkyvy. Nie každý pacient je vhodný na túto spoluprácu. Pre tých, ktorí každé meranie očakávajú s úzkosťou, napätím alebo strachom, je vhodný len Holterov monitoring.

#### To najdôležitejšie – fyzická aktivita.

Sú dostupné tony literatúry, ktorá vysvetľuje, ako je fyzická aktivita pre život nevyhnutná. Niet internistického, diabetologického alebo kardiologického časopisu, kde by aspoň jeden článok nekonštatoval, akým grandióznym spôsobom znižuje telesná aktivita kardiovaskulárnu morbiditu. Skromne je už písomností, ktoré poradia, ako na to. Výsledkom je, že všetci o tejto potrebe veľa vieme, používame vznešený výraz, ako je zmena životného štýlu, ale naši pacienti sa vonkoncom nepohybujú viacej, možno práve naopak. Prečo? A hlavne čo s tým?

Obezita väčšiny našich pacientov patrí medzi psychogénne poruchy príjmu potravy [1]. Nedostatok pohybu je spojený s nesprávnym a málo diferencovaným vnímaním svojho vlastného tela, pri ktorom sa stráca schopnosť rozlišovať jeho signály a potreby. Dochádza k odcudzeniu sa vlastnému telu, vedúce k poruche sebahodnotenia, čo po rokoch narušeného vzťahu k jedlu vedie až k tomu, že postihnutý človek sa nemá rád a neváži si sám seba. Športovci obvykle mávajú podstatne diferencovanejší vzťah k svojej telesnej schránke. V extrémne sa to prejavuje v takých estetických športoch ako je gymnastika alebo krasokorčuľovanie. V dnešnej dobe je identita v kríze. Pocity únavy, frustrácie, sklamaní, nedocenení, samoty, neuznania môžu viesť k poruchám vnímania vlastného tela, k strate prirodzeného kontaktu a jednému z mnohých prejavov psychosomatickej medicíny – obezite. Žijeme v dobe, kedy jednotlivec vyhľadáva slasť, smerovanie k príjemným zážitkom sa stáva základný princíp existencie. Každý chce žiť „naplno, tu a teraz“. Jedlo predstavuje od detstva univerzálny tíšiaci prostriedok, je vždy ľahko dostupné a blízko. Neskôr v živote sa ním naučene, na princípe Pavlovských reflexov, riešia situácie, ktoré s prijímaním potravy pôvodne nemajú žiaden súvis. Pohybová aktivita má anxiolytický a antidepresívny vplyv. Pri aeróbnom cvičení sa vyplavujú endorfíny, navodzujúce dobrú náladu. Prichádza pocit vnútorného mieru, pokoja, usporiadanosti, spokojnosti, teda opaku chaosu, napätia a nepokoja spôsobeného vysokou hladinou

stresu [1]. Príjemný zážitok vytesní záporné emócie, ostane naň lahodná spomienka, ktorá nabáda, aby sme ho nabudúce opakovali. Počiatočným motívom k pohybovej aktivite obéznych je určite želanie zmeniť svoj vzťah a priblížiť sa k vysnenému ideálu krásy. Ale keď tento človek opakuje zážitky zakončené prežitím príjemných pocitov z nástupu ednorfínov, ostáva v ňom potreba opakovať ich už menej preto, že chudne, ale stále väčší význam nadobúda potreba zbavovať sa stresu a napätia. Až vtedy sa pohyb stane organickou súčasťou životného štýlu a je nádej, že dokonca vytesní príjemné zážitky doposiaľ spojené s príjmom potravy. Takže podčiarknuté a sčítané – pohyb zvýši energetický výdaj, zníži chuť dojedla a neskorším substitučným efektom zníži energetický príjem.

Čo z vyššie uvedeného je možné vysvetliť nášmu konkrétnemu pacientovi, závisí od jeho mentálnej úrovne, životných skúseností, ochoty na seba pracovať a niečo zmeniť aj za cenu, že spočiatku to bude bolieť. Pre mnohých ľudí to nie je nová informácia, prišli na ňu empiricky aj bez vzdelania. Sú to prípady vidieckych obyvateľov, ktorí v ordinácii vysvetlia, že hneď na jar sa vyberú do záhradky, trávajú tam celé dni, pocity únavy zo zimy sú preč, znižuje sa im váha, nemajú tak naliehavú chuť do jedla, podstatne sa zlepšuje nálada a tlak sa „ako zázrakom“ tiež stabilizuje. Bohužiaľ je ale stále veľa pacientov, ktorí nedokážu prelomiť svoj bludný kruh inaktivity, depresie, obezity a boľavých kĺbov a nespokojnosť so životom utopia znova len v jedle. Pri debatách o znížení váhy sa dá veľmi ľahko sklznúť do „nezmyselnej opozície“, kedy vyšetrenie končí jalovou diskusiou, v ktorej lekár nalieha, aby pacient schudol a pacient mu rovnako naliehavo odpovedá, že by veľmi rád, ale nedá sa, pritom nič neje a priberá aj z vody...

#### ALKOHOL A KARDIOVASKULÁRNA PREVENIA

Hypertonici (a nielen oni) kladú posledné mesiace častejšie v ambulancii otázky ohľadom alkoholu a kardiovaskulárnych ochorení. Zrejme to súvisí so zlepšujúcou sa úrovňou ich informovanosti. V médiách sa medzi balastom, polopravdami a neúplnými pravdami nájdu už aj kvalitne vysvetlené a pravdivé názory. Zaujímá to mužov aj ženy, skôr staršie ročníky ako mladšie. Domnievam sa, že v sfére komunikácie sme dlhšími pacientom pravdivú

informáciu o priaznivom vplyve malých množstiev alkoholu na ich kardiovaskulárnu mortalitu. Dôvody, prečo sa donedávna bližšie rozhovory na túto tému stroho odmietali, spočívali v presvedčení, že najlepšie je pacientom alkohol jednoducho zakázať. Zrelatívnejú, keď si uvedomíme, koľko pacientov súc úprimne presvedčených, že alkohol a hypotenzíva sú jednoznačne neznášateľnou kombináciou, väčšiu časť týždňa hypotenzíva jednoducho neuzivajú. Ak vedia, že alkohol pravdepodobne v ten deň požijú, čo vo vinárskych oblastiach (a nielen tých) nie je neobvyklý prírodný úkaz, poistia sa vynechaním hypotenzív proti ich predstave katastrofickej kombinácie liekov a akéhokoľvek množstva alkoholu. A ak by si dal niekto tú námahu, aby spočítal, koľko dní v mesiaci bežný obyvateľ Slovenska neužíva hypotenzíva, tak naráta niekedy aj väčšinu dní a nie je potrebné hľadať zložité vysvetlenia pre non compliance pacientov... Vyššie uvedené je možné bežnému pacientovi vysvetliť, ale zvyčajne sa dožaduje aj informácie, aké je vlastne to množstvo alkoholu, ktoré je pre nich ešte výhodné. Aj keď tieto čísla nie sú už v literatúre tak suverénne pertraktované a cítiť istú neistotu v ich interpretácii, domnievam sa, že možno označiť 1,5 dcl vína u žien a 2 dcl vína u mužov ako tie, ktoré sa nesmú (aspoň nie bežne) prekročiť. Skúsenosti ukazujú, že po takýchto debatách sa zlepší dôvera pacienta v lekára, lebo pacient získa presvedčenie, že sa s ním jedná nie infantilne, ale rovnoprávne a dospelo.

#### HOLTEROV MONITORING TK

Jedinečný pokrok v liečbe hypertenzie znamená 24-hodinové monitorovanie krvného tlaku. Jeho indikácie sa posledné roky nie rozširujú, ale umocňujú. Už nielen fenomén bieleho plášťa, hypertenzia v nočných hodinách, rezistentná hypertenzia, hypertenzia v gravidite, ale aj poruchy vyplývajúce z vegetatívnej nerovnováhy a posúdenie efektívnosti akejkoľvek hypotenzívnej liečby patria k indikáciám vyšetrenia [2]. Jedine ekonomické dôvody, ak opomenieme neochotu pacienta nosiť 24 hodín prístroj, môžu byť prekážkou vyšetrenia. Význam 24-hodinového monitoringu TK sa pacientovi dá vysvetliť podobne ako diabetológ vysvetľuje potrebu glykemického profilu diabetikovi. Pred pár rokmi, keď sa kompenzácia diabetika hodnotila len podľa rannej glykémie, bolo iste nepredstaviteľné

predpokladať, že pacient si 10-krát denne zmeria v pohodlí domova glykémiu a diabetológ ju bude posudzovať ako krivku, nie ako jednotlivú numerickú hodnotu.

Jeden z bežných pacientov internej ambulancie alebo ambulancie praktického lekára je mladý človek alebo človek stredného veku, ktorý si v nejakej stresovej situácii zistil zvýšený tlak. Pretože je to človek vnímavý na informácie z médií, predpokladá, že tlak nad 120/80 je „vysoký“. Príde k lekárovi psychicky stigmatizovaný predošlými informáciami a tlakom, ktorý si príležitostne namerá. Zo všetkého najdôležitejšie je vtedy prelomiť jeho obyčajný ľudský strach, v čom môže hrať nezastupiteľnú úlohu prístrojové vyšetrenie, ktoré bez toho, aby tento úzkostný pacient nasledujúce mesiace chodil k svojmu praktickému lekárovi a dával si merať TK, mu do 24 hodín ozrejmi, že má priemerný TK 125/75 torr, je dipper a výstupy TK sú stresovo podmienené a maximálne 150/85 torr denne. Namiesto sú odporúčenia týkajúce sa životosprávy, hlavne ukončenie fajčenia, redukcia stresu, zníženie hmotnosti, obmedzenie solenia. Ideálny je nácvik relaxačných cvičení. Prichádzajú však aj starší pacienti, ktorí udávajú najrôznejšie subjektívne ťažkosti, ktoré počas dňa aj noci nevedia skonfrontovať s aktuálnou hodnotou TK. Bez zmerania TK v kritickom období nie je možné rozhodnúť, či bolesti hlavy, závraty, celková slabosť, pocity na odpadnutie, tlaky na hrudníku, poruchy výkonnosti a mnohé iné, súvisia s výkyvmi TK. Je veľmi dôležité využívať toto meranie u diabetikov, u non-dipperov, u ktorých sa dajú do budúcnosti očakávať závažnejšie komplikácie. Pacienti obvykle veľmi pozorne počúvajú informácie o krivke meraní, kedy prístroj vyhodnotil systolický, diastolický TK, stredný TK aj pulzovú frekvenciu, maximálny, minimálny tlak aj pulz, percento hodnôt TK, ktoré prevýšilo numerickú hodnotu 140/90 torr, variabilitu TK. Tým vzdelanejším sa dá vysvetliť princíp pomeru through/peak a všetkým potreba zníženia TK v skorých ranných hodinách, kedy býva najviac kardiovaskulárnych príhod. Z praktického hľadiska má Holterov monitoring ešte jednu značnú výhodu: pacient môže konfrontovať merania na prístroji a svoje merania vlastným domácim tlakomerom tom istom čase, čo prinesie informáciu o spoľahlivosti jeho domáceho merania. Keď má lekár dostatok

času, trpezlivosti, správne odhadne mentálnu úroveň pacienta alebo jeho príbuzných, má dar zrozumiteľného vysvetlenia a citlivo reaguje na otázky pacienta, dá sa z vyšetrenia nielen získať veľa informácií, ktoré zlepšia kompenzáciu hypertenzie, ale aj upevní dôvera pacienta voči lekárovi. Pacient odchádza presvedčený, že na vyšetrenie bola použitá najdokonalejšia dostupná metóda, bol o výsledku podrobne informovaný a má šancu priblížiť sa ideálnym hodnotám TK v nasledujúcom období. Autorka textu, ktorá využíva prednosti Holterovho monitoringu vo svojej ordinácii 5 rokov, sa ešte nestretla s prípadom, kedy by nad dobrým pocitom kvalitného vyšetrenia a následným zrozumiteľným komentárom prevládala nepohoda nad nosením prístroja 24 hodín, porúch spánku pri nočnom meraní, bolesti pri nafukovaní manžety alebo dermatitídy.

### LEKY RÁNO NAOZAJ ZAVČASU

Pacientov je treba pravidelne informovať o potrebe, resp. nevyhnutnosti užívania ranej dávky hypotenzív zavčas ráno. Väčšina z nich po tejto edukácii užíva lieky nie o 8. – 9. hodine, ale okolo 4. – 6. ranej hodiny, kedy ich zobúdza potreba močenia, potom spia ďalej. Tí, ktorí majú možnosť si zmerať TK, udávajú, že sa podarí ranné výstupy skrátiť aj otupiť, takže práve naši pacienti nemusia naplňať štatistiku o tom, že len tretina liečených hypertonikov má skoro ráno TK pod 135/85 torr. V tejto súvislosti je namieste poučenie pacienta o najpravdepodobnejšom výskyte katastrofálnych kardiovaskulárnych príhod práve ráno. Nie je zriedkavé, že všímvavejší pacienti to aj sami vypozerovali u svojich príbuzných a známych. Sú jednotlivci, ktorí nie sú schopní lieky užívať pre dyspeptické ťažkosti bez raňajok, ale dá sa aspoň trvať na ich posunutí na skoršie ranné hodiny. Je samozrejme, že otupenie ranných výstupov nie je len vecou pacienta, ale aj lekára, ktorý na základe Holterovho monitoringu má možnosť voliť liečbu na základe znalostí farmakokinetiky hypotenzív tak, aby lieky z predošlého dňa dotiahli svoj efekt do nasledujúceho rána.

### NAJBEŽNEJŠIE PROBLÉMY S VEDĽAJŠIMI ÚČINKAMI HYPOTENZÍV

V praxi je bežný problém, pri ktorom obézna žena stredného veku, s plochonožím, varixami, nezriedka so zamestnaním, pri ktorom celý deň stojí, čím blokuje možnosť

### Vzostup rizika mortality vo včasnom období po hospitalizácii pre srdcové zlyhanie – pozorovanie zo štúdie CHARM

Ján Murín, Bratislava

Štúdia CHARM patrí k veľkým a dobre vedeným klinickým štúdiám u pacientov s chronickým srdcovým zlyhaním (ChSZ). K dispozícii bola informácia o hospitalizácii pacientov pre srdcové zlyhanie v poslednom pol roku pred zaradením do štúdie. Autori analyzovali, ako táto hospitalizácia ovplyvnila následnú mortalitu pacientov. Charakteristiky pacientov: priemerný vek (65 r.), priemerná ejekčná frakcia (35 %), BMI: 28. Osoby hospitalizované pre ChSZ pred zaradením do štúdie (posledný polrok) boli staršie, bolo tu viac diabetikov a pacientov s nižšou ejekčnou frakciou ako u osôb bez tejto hospitalizácie. Výsledky: (a) Celková mortalita v priebehu štúdie bola v tejto podskupine osôb (s hospitalizáciou pred zaradením do štúdie) oproti osobám bez potreby tejto hospitalizácie 4,5-násobne vyššia (RR: 4,55) a po zohľadnení viacerých faktorov (vek, ejekčná frakcia, diabetes, BMI, pohlavie, NYHA trieda, fajčenie, kardiomegália) o niečo poklesla (RR: 3,15). (b) V prvom mesiaci zaradenia do štúdie bolo RR až 6,1 a postupom času prudko klesalo. (c) Spôsob úmrtia: nezvládnuteľné srdcové zlyhanie alebo náhle úmrtie boli najčastejšou príčinou úmrtia a ich „výskyt“ bol podobný v oboch prípadoch, avšak „postupom času“ od hospitalizácie mortalita prudko klesala. (d) Ak bolo trvanie hospitalizácie dlhšie, bol výskyt mortality vyšší. (e) Každá ďalšia hospitalizácia toto riziko mortality (asi o 25 %) zvyšovala.

Záver – hospitalizácia pre ChSZ označuje rizikového pacienta i pre mortalitu. Hlavne prvý týždeň po prepustení je rizikový, asi treba zvažovať správnu liečbu týchto pacientov pri prepustení a tiež správnu dobu prepustenia.

svalovej pumpy na venóznú cirkuláciu, je v klimaxe, v maximálnych horúčavách v lete, príde so sťažnosťou na opuchy nôh. Táto pacientka užíva v rámci vyťaženej liečby hypertenzie aj blokátory kalciových kanálov a opuchy jej pochopiteľne vadia. Je to situácia, kedy tieto blokátory nemusia byť jedinou príčinou opuchov, a rovnako je nepopierateľné, že ak sa vynechajú, vzniknú s liečbou hypertenzie problémy, keďže blokátory kalciových kanálov zabezpečujú významný podiel hypotenzívneho účinku kombinácie. Často sa vypláca trpezlivé vysvetlenie problému, hlavne vyzdvihnutie rizika nestabilnej hypertenzie. Nezriedka sa podarí pacientku presvedčiť, že ak sú opuchy končatín a tváre dočasné, nie je vždy nutné riskovať rozkolísanie hypertenzie. Tým nemá byť povedané, že neexistujú trvalé problémy s blokátormi kalciových kanálov, spočívajúce v netolerovateľných opuchoch, bolestiach hlavy, sčervenaní kože exponovanom mieste, ako je tvár. Vtedy nezostáva iné riešenie, ako cúvnuť od liečby s Ca-antagonistami a hľadať náhradné riešenie. Nie vždy je však výsledok uspokojivý.

Pokiaľ ide o problémy s erektilnou dysfunkciou, riešia sa pomerne často, lebo u kardiakov je výskyt asi 2 – 4-krát vyšší ako v bežnej populácii. Je málo žoviálnych typov mužov, ktorí nemajú problém otvorene a bez obalu oznámiť, čo im na liečbe nevyhovuje. Viac je tých druhých, ktorí liečbu prerušia a majú zábrany hovoriť otvorene, ktorí ale vďaka prijímajú taktnú otázku lekára. Niekedy vysadenie beta-blokátora alebo tiazidového diuretika nevyrieši problém a dodatočne vysvitne, že existoval aj pred hypotenzívnou liečbou. Pacient je obvykle rád, že sa niekde začne

s jeho riešením. V rámci nefarmakologickej liečby navrhujeme vylúčiť fajčenie, znížiť obezitu a riešiť nedostatok pohybu. O pomoc žiadame urologické, sexuologické a psychologické ambulancie. Ak ostanú riešením len lieky typu sildenafilu a tadalafilu, nezabúdame, že majú hemodynamické účinky podobné nitrátom a nesmú sa s nimi užívať súčasne [5].

### KTORÉ HYPOTENZÍVA, V AKÝCH DÁVKACH A PREČO PRÁVE ICH KOMBINÁCIE

Pacienti celkovo s pochopením prijímajú vysvetlenie, že kombinácia viacerých hypotenzív v nižších dávkach je pre nich výhodnejšia ako kombinácia menšieho počtu liekov vo vyšších dávkach [4]. Nestáva sa potom, že by odmietali vyšší počet tabliet. Rovnako prijímajú fakt, že titrácia dávok bude trvať dlhší čas a aj vysvetlenie, že je to optimálny postup. Trpezlivo objasňujeme, že dnes nie je podstatné len numerické docielenie vyhovujúcich hodnôt TK, ale že lekár vyberá hypotenzíva s prihliadnutím na ostatné choroby pacienta a jeho celkové kardiovaskulárne riziko. Keď sa zvolí vhodný spôsob komunikácie, dá sa dokonca vysvetliť pacientovi aj princíp výberu hypotenzív na základe organoprotekcie. Pri existujúcom počte výskytu cievnych mozgových príhod u nás takmer nie je človek, ktorý by medzi blízkymi, príbuznými, známymi nemal niekoho po CMP. Preto obvykle netreba viesť dlhé reči na tému, prečo sa chceme CMP vyhnúť. Ľudia zo svojich vlastných skúseností vedia, že je to jedna z najväčších katastrof, aká ich môže postihnúť. Liečbou im ponúkame šancu, že ak znížime význam hlavného vinníka, zníži

sa výskyt CMP o polovicu. Vhodne volenými slovami sa v nich dá upevniť presvedčenie, že je to veľká nádej. Nestáva sa, že by sa potom pacienti pýtali, či musia brať lieky aj naďalej a či ich vôbec musia brať. Skôr sa zaujímajú o to, či je ich kombinácia dostatočne silná na to, aby udržala ich TK vo vyhovujúcom rozpätí.

Pri liečbe hypertenzie platí pravidlo ako v každom inom kúte medicíny, totiž že ak dvaja robia to isté, nemusí to byť to isté. Nepochybne by bolo pre pacienta prínosom, ak by sa v hypertenziologickej problematike okrem chladných čísel medicíny dôkazov venovalo viac pozornosti aj tomu, čo sme sa v škole neučili. Ak budeme mať od prírody správne nástroje uvedomenia, všetci máme nádej získať prirodzenú schopnosť premeniť neistotu, tápanie, znátenosť a otázky pacienta na náhľad a porozumenie.

A ak niekto nemá to šťastie od prírody, je v záujme nášho pacienta sa to naučiť.

### Literatúra

1. Fialová L. Body image jako součást sebepojetí člověka, Praha: Karolinum, 2001
2. Smetanová V. Vysoký krvný tlak. Bratislava: Herba 2006: 42-47.
3. Souček M, Kára T et al. Klinická patofyziologie hypertenze. Praha: Grada 2002: 592.
4. Sninčák M. Arteriová hypertenzia: Súčasný klinický trendy. Košice: Typo Press 2005: 124-127.
5. Vítovec J, Špinar J. Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění. Praha: Grada 2004: 166; 226-227.
6. Havránek P. Co přinesla nová doporučení BHS /British Hypertension Society/ pro léčbu hypertenze? Interní Med. 2006; 11; 482-484.

**MUDr. Ľubica Mokrú**

interná ambulancia, Levice