

inhibitory a sartany. Tyto dvě skupiny léčiv prokazatelně snižují kardiovaskulární riziko hypertoniků, zpomalují progresi renální insuficience a snižují albuminurii, avšak kombinace ACE inhibitoru a sartanu se nedoporučuje pro signifikantní zhoršení renálních funkcí (26, 27, 28). Evropská kardiologická společnost doporučuje terapii započít přímo dvojkombinací antihypertenziv, a to inhibitorem systému RAAS v kombinaci s blokátorem kalciového kanálu nebo thiazidovým/thiazidům podobným diuretikem (19). Efektivita kombinace ACE inhibitoru s blokátorem kalciových kanálů (BKK) byla srovnávána s kombinací ACE inhibitor + thiazidové diuretikum ve studii ACCOMPLISH. Během trvání studie byly dávky léčiv upraveny do maximální tolerované dávky, maximální dávka ACE inhibitoru (benazeprilu) byla 40 mg, u BKK (amlodipinbesylát) to bylo 10 mg a u hydrochlorothiazidu 25 mg denně. Na konci sledovaného období užívalo 31 % respondentů maximální dávky benazeprilu a amlodipinu/hydrochlorothiazidu, 26 % pacientů vyžadovalo eskalaci léčby s přidáním dalšího antihypertenziva (betablokátory, alfablokátory, kličkové diuretikum). Obě kombinace byly stejně efektivní z hlediska snížení krevního tlaku, kombinace ACE inhibitoru a BKK je však účinnější z hlediska snížení kardiovaskulárního rizika pacientů (29). Při nedostatečném efektu užijeme trojkombinaci ACE inhibitoru (sartanu), blokátoru kalciových kanálů a thiazidové/thiazidům podobné diuretikum. V případě nutnosti další eskalace terapie je možné zvolit malou dávku spironolaktonu jako 4. antihypertenzivum (30). U těžších forem hypertenze lze užít centrálně působící antihypertenziva ze skupiny inhibitorů imidazolinových receptorů (rilmenidin, moxonidin), které snižují tonus sympatiku a nezasahují do metabolismu sacharidů (31). Recentní studie prokázaly též antihypertenzní efekt SGLT2 inhibitorů (gliflozinů) a analog GLP-1 receptorů (20, 32, 33).

Důvody nedostatečné kontroly krevního tlaku nejen u pacientů s diabetem

Dle studie EHES 2014 bylo z celkového počtu hypertoniků léčeno antihypertenzivy 48 % mužů a 62 % žen, z počtu léčených dosahovala adekvátních hodnot krevního tlaku pouze polovina mužů a dvě třetiny žen (3). Nedostatečná kontrola hypertenze má mnoho příčin, které se týkají všech hypertoniků bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost DM. Bariéry optimální kontroly krevního tlaku lze rozdělit na faktory související s pacientem, faktory související s ošetřujícím lékařem a faktory zdravotnického systému. V České republice, vzhledem k financování zdravotní péče cestou veřejného zdravotního pojištění, není problém s dostupností zdravotní péče. Díky možnosti zaslání receptu na užívanou medikaci SMS zprávou či e-mailem jsou pacienti zajištěni i v případě nemožnosti se k lékaři v určité situaci dopravit.

Non-compliance pacienta je významnou překážkou adekvátní kontroly hypertenze. Velká část pacientů, často z pohodlnosti, ale i z finančních důvodů, nedodrжуje režimová opatření týkající se životního stylu. Rozsáhlá metaanalýza z roku 2014 řady kvalitativních i kvantitativních studií (žádná nebyla provedena v ČR) ukázala jako negativní faktory směřující proti účinné kontrole hypertenze velkou vzdálenost bydliště od lékaře, lékáren, míst umožňujících fyzickou aktivitu a nákup zdravých potravin, především zeleniny a ovoce. Význam měl i nedostatek finančních zdrojů na platby za lékařskou péči,

nedostatek znalostí, stres a deprese, nízká prioritizace spojená s kontrolou krevního tlaku, vliv sociálního prostředí, potíže se změnou dávky, špatná paměť a pozornost (34).

Nízká adherence k farmakoterapii často pramení z nutnosti podávání několika účinných látek. Tento faktor lze částečně eliminovat předepisováním kombinovaných preparátů (35), které jsou ale bohužel mnohdy dražší než jednotlivé léky obsahující tytéž účinné látky. Prevencí non-compliance je důsledná edukace pacienta o nutnosti pravidelného užívání předepsané medikace a o důsledcích nedodržování stanovené léčby. Vysoký krevní tlak je pro běžnou populaci často abstraktní pojem, onemocnění, které je ve většině případů bezpříznakové a nebolestivé, a proto často podceňované. K přerušení terapie pacienti často přistupují při manifestaci nežádoucích účinků léčby, je proto vhodné pacienty poučit o nutnosti nahlášení nežádoucích účinků a následně adekvátně upravit medikaci. Význam v pomoci ke správnému užívání léků mají pill-boxy (36) a svoji roli mohou zřejmě sehrát i stále se rozšiřující možnosti mHealth v podobě textových zpráv, interaktivních hovorů či elektronicky řízených pill-boxů (37).

K negativním faktorům, které odhalila výše uvedená metaanalýza, na straně lékaře/poskytovatele služeb patří neznalost doporučení, důvěra v jejich správnost, sociální vliv (kolegů), nedůvěra v možnosti plně dodržet doporučení, příliš velká zátěž, syndrom vyhoření, styl komunikace s pacientem (34). Všechny tyto a řada jiných faktorů se tak podílí na klinické inerci, která je definovaná jako situace, kdy krevní tlak u pacienta není dostatečně kompenzován, ale lékař nezhájí či nenavýší antihypertenzní terapii. Příkladem inerce může být zjištění studie post-MONICA, že i přes výše uvedená doporučení k zahájení léčby dvojkombinací je stále 34 % mužů a 43 % žen léčeno pouze monoterapií (4). V americkém průzkumu, jenž zahrnoval 379 praktických lékařů, bylo zjištěno, že 39 % lékařů by neiniciovalo farmakoterapii při DTK pod 95 mmHg a 52 % by nezhájilo terapii při STK pod 160 mmHg, což jsou hodnoty vyšší než doporučené v guidelines (38). Někteří lékaři též raději vyčkají do další návštěvy (přístup „wait until next visit“) v reakci na tvrzení pacienta, že zapomněl užít medikaci, nebo krátce před měřením krevního tlaku v ordinaci absolvoval fyzickou zátěž. Zajímavý náhled na nedostatečnou kontrolu hypertenze přinesla italská studie zahrnující 19 praktických lékařů, kteří se starali o celkem 6 717 pacientů s hypertenzí. Cílem studie bylo zvýšit procento úspěšně léčených, což se v průběhu 1 roku trvání projektu (bylo zařazeno i domácí měření tlaku) zdařilo snížením podílu pacientů s nekontrolovanou hypertenzí z 49 % na 36 %. Poté byly revidovány klinické záznamy všech pacientů s nedostatečnou kontrolou hypertenze a lékaři zaznamenali u každého pacienta v dotazníku důvody (minimálně 1 a maximálně 2, možnost non-adherence k léčbě nebyla do dotazníku zařazena), proč nebylo dosaženo cíle léčby. Ukázalo se, že z 2 674 nedostatečně léčených pacientů nebyla u 1 769 zaznamenána ani jedna hodnota krevního tlaku (byli automaticky zařazeni mezi ty s nekontrolovanou hypertenzí) a ze zbylých 905 bylo pouze 23 % léčeno 3 a více a 10 % 4 a více antihypertenzivy. Výsledky dotazníkového šetření jsou uvedeny v tabulce 1. Na základě výsledků doporučují autoři studie se v první řadě zaměřit na skupinu „neměřených pacientů“ a na skupinu těch pacientů, kteří odmítají navýšení léčby (39).