

Proč stále nedosahujeme cílových hodnot krevního tlaku

Vladimír Tuka, Aleš Linhart

2. interní klinika – klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK, Praha

Arteriální hypertenze je jedním z hlavních ovlivnitelných rizikových faktorů aterosklerotického kardiovaskulárního onemocnění. Prevalence hypertenze zůstává vysoká a její kompenzace je stále neuspokojivá. U většiny pacientů bychom se měli snažit dosáhnout hodnot krevního tlaku v ordinaci pod 140/90 mmHg a u těch, kteří léčbu dobře tolerují, i hodnoty okolo 130/80 mmHg, a to co nejdříve, ideálně do 3 měsíců od diagnózy. Zatímco režimová opatření jsou důležitá a neměli bychom je opomíjet, u většiny hyperteniků se nevyhne farmakoterapii, převážně s využitím kombinace dvou a více antihypertenziv. Dosahování cílových hodnot krevního tlaku, které rozhodují o prognóze pacienta, stále není ideální. Na dosahování cílových hodnot TK se podílí faktory jak na straně lékaře, tak na straně pacienta. V předkládaném článku jsou nabízeny různé přístupy k dosažení cílových hodnot krevního tlaku, např. použití fixních kombinací.

Klíčová slova: adherence k léčbě, arteriální hypertenze, fixní kombinace, perzistence v léčbě, terapeutická inercie.

Why we still don't achieve blood pressure targets

Arterial hypertension is one of the main modifiable risk factors for atherosclerotic cardiovascular disease. The prevalence of hypertension remains high, and its compensation is still unsatisfactory. In most patients, we should try to achieve office blood pressure values below 140/90 mm Hg, and in those who tolerate treatment well, values around 130/80 mm Hg, as soon as possible, ideally within three months of diagnosis. While lifestyle interventions are essential and should not be overlooked, most hypertensive patients cannot avoid pharmacotherapy, primarily using a combination of two or more antihypertensives. Achieving blood pressure targets, which determine the patient's prognosis, is still not ideal. Factors on both the physician's side and the patient's side contribute to achieving blood pressure targets. The review article offers various approaches to achieving blood pressure targets, such as using fixed combinations.

Key words: arterial hypertension, fixed combination, therapeutic inertia, treatment adherence, treatment persistence.

Epidemiologie

Arteriální hypertenze je jedním z hlavních ovlivnitelných rizikových faktorů rozvoje a progresu aterosklerotického kardiovaskulárního onemocnění (ASKVO) (1). Hypertenze je spojena s vysokou morbiditou a mortalitou. Ve studii INTERHEART bylo zjištěno, že téměř 22 % infarktů myokardu je způsobeno arteriální hypertenzí, což znamená, že pacienti s hypertenzí mají v porovnání s jedinci s normálním krevním tlakem (TK) téměř dvojnásobné riziko akutního koronárního syndromu (2).

Prevalence hypertenze zůstává stále poměrně vysoká. V rámci české větve šetření EHES (European Health Examination Survey) byla zjištěna hypertenze u 47 % mužů a 26 % žen a prehypertenze u dalších 15 % mužů a 8 % žen. Zarážející je, že o své hypertenzi nevědělo

40 % mužů a 24 % žen se změřenými hodnotami TK již v pásmu hypertenze (3).

Podobně vyznívá i studie Czech post-MONICA, která však přináší také některá pozitivní zjištění. Prevalence hypertenze u žen mezi lety 1985 a 2016/17 poklesla z 47,1 % na 41,5 %, ale zůstala stejná u mužů: okolo 50 %. Pokles TK byl významný ve většině věkových kategorií s výjimkou nejmladších jedinců mezi 24–34 roky (4). Za tuto dobu se také zvýšilo povědomí o tom, že má jedinec hypertenzi, a zvýšilo se množství nemocných s hypertenzí, kterým byla předepsána antihypertenziva (u mužů z 21 % na 61 % a u žen z 39 % na 65 %) (4).

Mohlo by se tedy zdát, že v boji s hypertenzí na tom nejsme špatně. Bohužel dosahování cílových hodnot TK, které rozhodují o prognóze

pacienta, stále není ideální. V registru EUROASPIRE V v primárně preventivní větvi užívalo antihypertenzní medikaci 75,4 % pacientů, z toho ale celých 53 % mělo TK vyšší než 140/90 mmHg (5). Ve studii EUROASPIRE IV u pacientů v sekundární prevenci (tj. po koronární angioplastice, aorto-koronárním by-passu nebo po prodělaném infarktu myokardu) nebyly cílové hodnoty TK dosahovány také u více než poloviny pacientů (6).

Velkou neznámou budou dopady pandemie covidu-19 na diagnostiku a kontrolu arteriální hypertenze. Je nesporné, že opakované lockdowny a obavy z nákazy vedly a dále povedou ke stagnaci či propadu ekonomiky. Spolu s poklesem výkonnosti ekonomiky dochází k rozšiřování chudoby. Psychosociální faktory jsou stejně významné jako ostatní etablované rizikové faktory (7) a navíc se zhoršují se ekonomickou situací jedince klesá compliance s léčbou a vůbec schopnost dodržovat předepsanou léčbu (8).

Lze očekávat, že zvládnání dosud nedostatečně kontrolované pandemie hypertenze se v následujících letech nemusí dařit tak, jak bychom si přáli. Přitom každé snížení systolického krevního tlaku (STK) o 10 mmHg vede k poklesu celkové mortality o 13 %, snižuje relativní riziko velkých kardiovaskulárních příhod o 20 %, relativní riziko srdečního selhání o 28 % (9). Čím více snížíme TK, tím většího benefitu dosáhneme. Ale jen do určité míry. Nejnižší riziko je u pacientů dosahujících na léčbě STK mezi 120–140 mmHg. Snaha o snižování STK pod 120 mmHg naopak vede ke zvyšování mortality (10).

Proto bychom se u většiny pacientů měli snažit dosáhnout TK v ordinaci pod 140/90 mmHg a u těch, kteří léčbu dobře tolerují, i hodnoty okolo 130/80 mmHg do 3 měsíců od diagnózy. U jedinců mladších 65 let můžeme snižovat STK až k hodnotám okolo 120 mmHg, ale další snižování již indikováno není (11).

Základem léčby zůstávají režimová opatření, jejichž uplatnění se projevuje nejen příznivým ovlivněním arteriální hypertenze, ale také

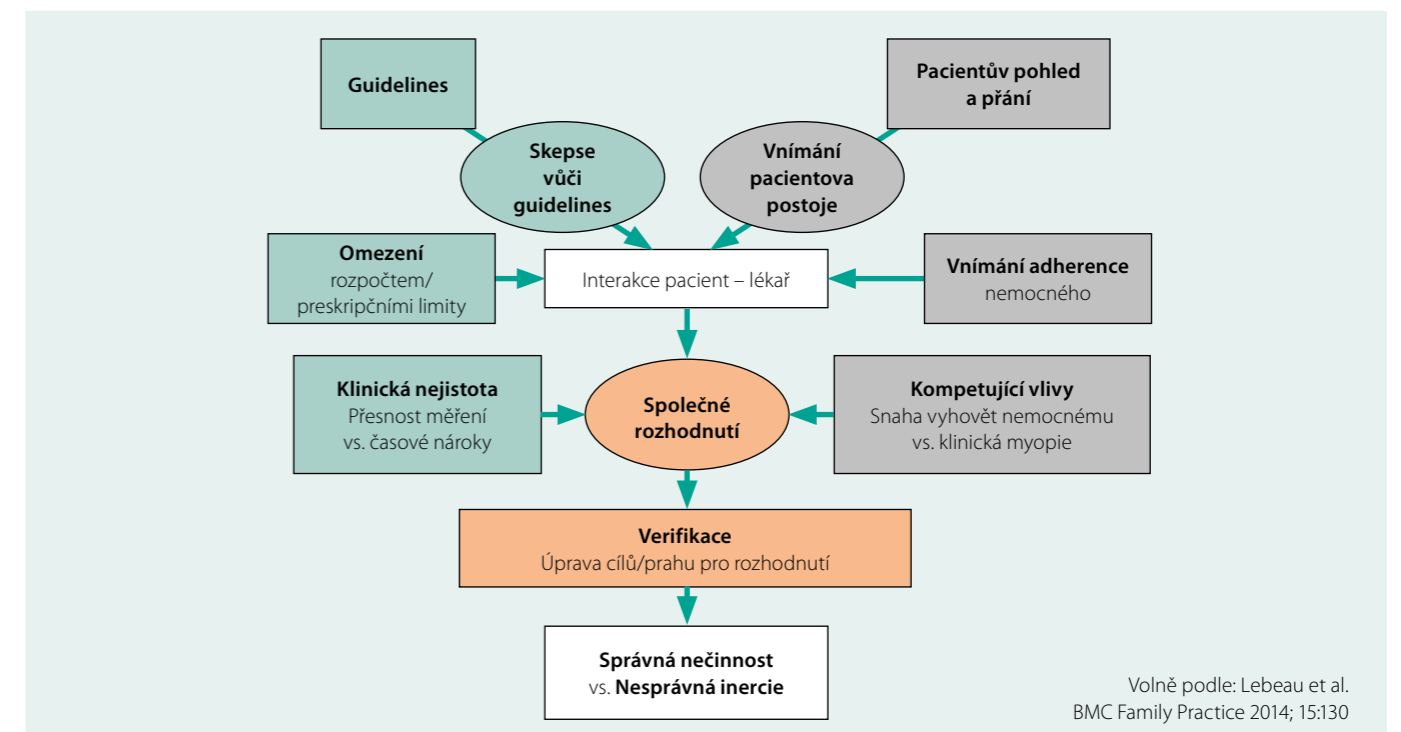
ostatních rizikových faktorů a jsou zároveň prevencí onkologických onemocnění. Pravidelná pohybová aktivita u pacientů s hypertenzí snižuje TK dle způsobu zátěže: vytrvalostní aktivity snižují STK o 4,9–12,0 mmHg, diastolický TK (DKT) o 3,4–5,8 mmHg; odporový trénink („vytrvalostní posilování“) snižuje STK o 1,7–5,7 mmHg a DKT o 1,1–5,2 mmHg; silový trénink (posilování s „velkými“ zátěžemi) snižuje STK o 4,3–6,6 mmHg a DTK o 4,5–5,5 mmHg. U pacientů s prehypertenzí (TK mezi 130–139/85–89 mmHg) a normotenzních pacientů (TK < 130/84 mmHg) vede pohybová aktivita také k signifikantnímu poklesu TK, i když ne tak velkému jako u pacientů s hypertenzí (12).

Zatímco režimová opatření jsou důležitá a neměli bychom je vynechávat, u většiny hyperteniků se nevyhne farmakoterapii, převážně s využitím dvou a více antihypertenziv (11). Bohužel léky, které pacient neužije, nemají šanci působit a k dosažení prospěchu z léčby je nutná dostatečná adherence k léčbě, která by měla být alespoň 80 % (11).

Přes možnosti, které dnes máme, kontrola hypertenze stále není optimální. Úspěšná léčba (kontrola) hypertenze byla zjištěna u 47 % léčených mužů a 66 % léčených žen (3). Přitom v kontrolovaných podmínkách je možno dosáhnout STK pod 140 mmHg u 90 % pacientů a DTK u více než 62 % (13).

Na dosahování cílových hodnot TK se podílí prvky jak na straně lékaře, tak na straně pacienta. Na straně lékaře se objevuje tzv. terapeutická inercie, neboli neochota měnit již nastavenou léčbu, v našem případě posilovat antihypertenzní medikaci. Příčin terapeutické inercie je vícero (viz obrázek 1). Na straně lékaře mohou vést k inercii relativně časté změny doporučených postupů, jejichž rozsah neustále narůstá, dále neochota měnit léčbu u asymptomatického pacienta. Ekonomické vlivy by v léčbě hypertenze neměly hrát zásadnější roli, protože z každé skupiny antihypertenziv je vždy možno nalézt léky, které jsou ekonomicky dosažitelné jak pro pacienta, tak pro rozpočet ordinace.

Obr. 1. Komplexní schéma inercie v praxi (14)



Volně podle: Lebeau et al. BMC Family Practice 2014; 15:130

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: doc. MUDr. Vladimír Tuka, Ph.D., Vladimír.Tuka@vfn.cz
2. interní klinika – klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

Cit. zkr: Vnitř Lék 2021; 67(6): 368–371
Článek přijat redakcí: 28. 7. 2021
Článek přijat po recenzích: 6. 8. 2021