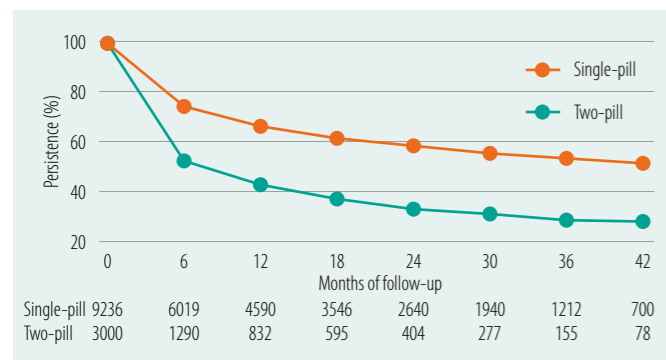


**Obr. 2** Fixní kombinace zlepšuje perzistenci na léčbě. Fixní kombinace oranžově vs. stejné léky ve stejných dávkách jako samostatné tablety (21)



Na straně pacienta rozlišujeme perzistenci a adherenci k léčbě. Perzistence vyjadřuje délku trvání léčby od jejího zahájení k jejímu ukončení lékařem nebo pacientem. Adherence vyjadřuje míru, do jaké pacient předepsanou léčbu užívá. Vyjadřuje se jako podíl léků, které pacient skutečně užil za dané období, ku lékům, které mu byly v tomto období předepsány (15).

Hlavními důvody non-adherence je prostě neúmyslné zapomenutí užít tabletu v daný čas. U úmyslné non-adherence hraje významnou roli složitost dávkovacího schématu (užívání léků vícekrát denně) a množství užívaných tablet (s množstvím tablet klesá adherence) (15).

Otázkou je, co můžeme udělat pro to, abychom perzistenci i adherenci k léčbě zvýšili. Velmi důležité je vysvětlit důsledky dlouhodobě zvýšeného TK a důležitost kontroly hypertenze. Motivovat pacienta k dlouhodobému užívání léků na chorobu, která ho nebolí a nečiní mu žádné obtíže, může být stejně obtížné jako motivovat pacienta k dlouhodobému udržování režimových opatření (16).

Perzistenci i adherenci můžeme zvýšit použitím fixních kombinací antihypertenziv. Pacienti, kteří od začátku léčby dokázali užívat většinu předepsaných léků (více než 80 %), měli po roce téměř 60% perzistenci oproti 18% perzistenci u pacientů, kteří již od začátku užívali méně než 60 % předepsaných tablet (17). Současné doporučené postupy nabádají zahajovat léčbu fixní dvojkombinací antihypertenziv u většiny pacientů (zahrnující blokátory systému renin-angiotenzin v kombinaci buď s blokátorem kalciového kanálu, nebo s diuretikem) a při nedostatečné kontrole hypertenze přejít co nejrychleji na trojkombinaci, nejlépe fixní (zahrnující všechny

#### LITERATURA

- Williams B et al. ESC CardioMed, in Epidemiology and pathophysiology of hypertension. 2020, Oxford University Press.
- Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 2004; 364(9438): 937–952.
- Lustigová M, Čapková N. Prevalence rizikových faktorů srdečně-cévních onemocnění v Česku z pohledu demografických charakteristik – vybrané výsledky studie EHES. *Demografie*, 2017; 59(2): 162–170.
- Cífková R et al. 30-year trends in major cardiovascular risk factors in the Czech population, Czech MONICA and Czech post-MONICA, 1985–2016/17. *PLoS One*, 2020; 15(5): e0232845.
- Kotseva K et al. Primary prevention efforts are poorly developed in people at high cardiovascular risk: A report from the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme EUROASPIRE V survey in 16 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*. 0(0): p. 2047487320908698.

tří výše uvedené třídy). V dalším kroku u rezistentní hypertenze, po vyloučení non-compliance s léčbou a vyloučením sekundární příčiny, přidáváme do terapie spironolakton. To znamená, že u pacientů můžeme mít kontrolovanou hypertenzi na jedné (max. dvou) tabletách (11). Ve fixních kombinacích by u pacientů bez komorbidit měly být obsaženy inhibitory ACE nebo inhibitory AT1 receptorů pro angiotenzin II, blokátory kalciových kanálů a thiazidová nebo thiazidům podobná diuretika (11). Z pohledu kardiologické praxe se zdá, že před diuretika by měly dostat v dvojkombinacích přednost blokátory kalciového kanálu, a to pro jejich metabolickou neutralitu (18). Ve druhém kroku se však bez diuretik již obejít nelze. Ukazuje se, že jednou z příčin neschopnosti korigovat TK k cílovým hodnotám je právě nezařazení diuretik do terapie. Česká doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze pak vyzdvihují výhody thiazidům podobných diuretik (indapamid, chlortalidon), která mají oproti běžně užívanému hydrochlorothiazidu větší antihypertenzní účinek i vliv na kardiologické riziko (19). Ostatní lékové skupiny jsou v léčbě hypertenze indikovány v závislosti na komorbiditách (beta-blokátory u pacientů po recentním infarktu myokardu, u pacientů se sníženou systolickou funkcí levé komory (LK) s ejekční frakcí LK pod 40 %). Pro zahájení farmakoterapie fixní dvojkombinací hovoří fakt, že v porovnání s postupnou titrací antihypertenziv snižuje riziko kardiologických příhod o 55 % (20). Částečným vysvětlením může být fakt, že i při užití stejných látek se stejnými dávkami fixní kombinace dosahovala lepší perzistence (obrázek 2).

Paradoxně inercie k léčbě může být i výhodou fixních kombinací. Zahájíme-li léčbu fixní kombinací, je vyšší pravděpodobnost, že pacienti tuto léčbu budou dlouhodobě užívat (17).

#### Závěr

Hypertenze je ovlivnitelným rizikovým faktorem vzniku a progresu ASKVO. Její prevalence v populaci je vysoká a dosahování cílových hodnot stále není uspokojivé. Při dosahování cílových hodnot u pacientů s již diagnostikovanou hypertenzí nám často stojí v cestě terapeutická inercie lékaře na straně jedné. Na straně druhé pak nízká adherence pacientů k léčbě. Proto bychom měli jednat rychle a používat osvědčené postupy. Jedním z možných řešení je využívání fixních kombinací, které zvyšují perzistenci i adherenci k léčbě a má prokazatelný vliv i na snížení incidence kardiologických příhod.

- Kotseva K et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2020; 23(6): 636–648.
- Anand SS et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 2008; 29(7): 932–940.
- Mnatzaganian G et al. Socioeconomic disparities in the management of coronary heart disease in 438 general practices in Australia. *European Journal of Preventive Cardiology*. 0(0): p. 2047487320912087.
- Ettehad D et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2016; 387(10022): 957–967.
- Böhm M et al. Achieved blood pressure and cardiovascular outcomes in high-risk patients: results from ONTARGET and TRANSCEND trials. *Lancet*, 2017; 389(10085): 2226–2237.
- Williams B et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 2018; 39(33): 3021–3104.
- Hanssen H et al. Personalized exercise prescription in the prevention and treatment of arterial hypertension: a Consensus Document from the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) and the ESC Council on Hypertension. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2021.
- Kjeldsen SE et al. Physician (investigator) inertia in apparent treatment-resistant hypertension – Insights from large randomized clinical trials. *Lennart Hansson Memorial Lecture. Blood Pressure*, 2015; 24(1): 1–6.
- Lebeau JP et al. The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review. *BMC Fam Pract*, 2014; 15: p. 130.
- Souček M. Adherence a perzistence se zaměřením na léčbu hypertenzních pacientů. *Vnitřní lékařství*, 2013; 59(6): 482–485.
- Tuka V jr, Tuka V. Jak motivovat pacienta ke změně životního stylu? *Vnitřní lékařství*, 2020; 66(1): 60–61.
- Vrijens B et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *Bmj*, 2008; 336(7653): 1114–1117.
- Jamerson K et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med*, 2008; 359(23): 2417–2428.
- Widimský J et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2017. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Vnitřní lékařství*, 2018; 64(7): 771–796.
- Gradman AH et al. Initial combination therapy reduces the risk of cardiovascular events in hypertensive patients: a matched cohort study. *Hypertension*, 2013; 61(2): 309–318.
- Simons LA. Long-term persistence with single-pill, fixed-dose combination therapy versus two pills of amlodipine and perindopril for hypertension: Australian experience. *Curr Med Res Opin*. 2017 Oct; 33(10): 1783–1787.

- Williams B et al. ESC CardioMed, in Epidemiology and pathophysiology of hypertension. 2020, Oxford University Press.
- Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 2004; 364(9438): 937–952.
- Lustigová M, Čapková N. Prevalence rizikových faktorů srdečně-cévních onemocnění v Česku z pohledu demografických charakteristik – vybrané výsledky studie EHES. *Demografie*, 2017; 59(2): 162–170.
- Cífková R et al. 30-year trends in major cardiovascular risk factors in the Czech population, Czech MONICA and Czech post-MONICA, 1985–2016/17. *PLoS One*, 2020; 15(5): e0232845.
- Kotseva K et al. Primary prevention efforts are poorly developed in people at high cardiovascular risk: A report from the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme EUROASPIRE V survey in 16 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*. 0(0): p. 2047487320908698.
- Kotseva K et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2020; 23(6): 636–648.
- Anand SS et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 2008; 29(7): 932–940.
- Mnatzaganian G et al. Socioeconomic disparities in the management of coronary heart disease in 438 general practices in Australia. *European Journal of Preventive Cardiology*. 0(0): p. 2047487320912087.
- Ettehad D et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2016; 387(10022): 957–967.
- Böhm M et al. Achieved blood pressure and cardiovascular outcomes in high-risk patients: results from ONTARGET and TRANSCEND trials. *Lancet*, 2017; 389(10085): 2226–2237.
- Williams B et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 2018; 39(33): 3021–3104.
- Hanssen H et al. Personalized exercise prescription in the prevention and treatment of arterial hypertension: a Consensus Document from the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) and the ESC Council on Hypertension. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2021.
- Kjeldsen SE et al. Physician (investigator) inertia in apparent treatment-resistant hypertension – Insights from large randomized clinical trials. *Lennart Hansson Memorial Lecture. Blood Pressure*, 2015; 24(1): 1–6.
- Lebeau JP et al. The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review. *BMC Fam Pract*, 2014; 15: p. 130.
- Souček M. Adherence a perzistence se zaměřením na léčbu hypertenzních pacientů. *Vnitřní lékařství*, 2013; 59(6): 482–485.

- Tuka V jr, Tuka V. Jak motivovat pacienta ke změně životního stylu? *Vnitřní lékařství*, 2020; 66(1): 60–61.
- Vrijens B et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *Bmj*, 2008; 336(7653): 1114–1117.
- Jamerson K et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med*, 2008; 359(23): 2417–2428.
- Widimský J et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2017. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Vnitřní lékařství*, 2018; 64(7): 771–796.
- Gradman AH et al. Initial combination therapy reduces the risk of cardiovascular events in hypertensive patients: a matched cohort study. *Hypertension*, 2013; 61(2): 309–318.
- Simons LA. Long-term persistence with single-pill, fixed-dose combination therapy versus two pills of amlodipine and perindopril for hypertension: Australian experience. *Curr Med Res Opin*. 2017 Oct; 33(10): 1783–1787.

## ON-LINE KURZ

# FYTONEERING

přesně víme, co naše babičky jenom tušily

# Léčba fytofarmaky podle EBM

POČET  
KREDITŮ **3**

Registrace  
ZDARMA

TERMÍN  
únor 2021 až  
leden 2022  
dostupný na  
[online.solen.cz](http://online.solen.cz)

PARTNER:

