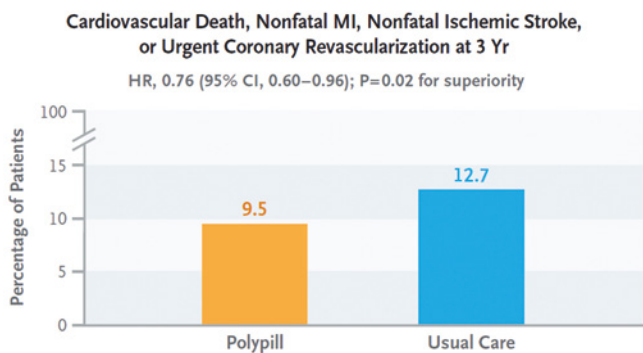
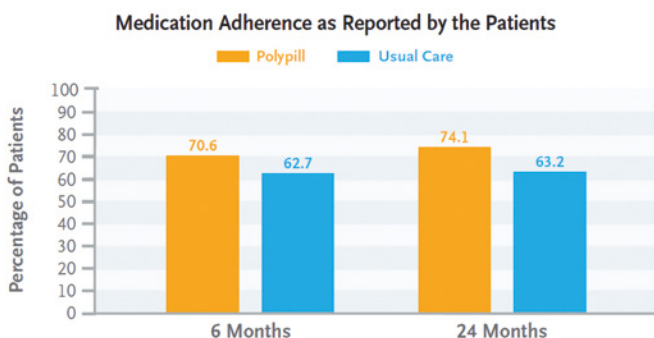


Obr. 1. Výskyt kardiovaskulárních příhod u pacientů užívajících polypill a běžné léky po 3 letech léčby. Převzato z (1)



Obr. 2. Adherence pacientů k užívání polypill (žlutě) a běžných léků (modře) po 6 a 24 měsících. Převzato z (1)



Adherence k léčbě reportovaná pacienty pomocí dotazníku byla vyšší u pacientů užívajících polypill (Obr. 2). Výskyt nežádoucích příhod byl srovnatelný v obou skupinách. Krevní tlak a hladiny LDL cholesterolu se ale významně nelišily – autoři to vysvětlují nízkými hodnotami tlaku a LDL již na začátku studie a otevřeným designem studie.

TIME: užívání antihypertenziv ráno nebo večer

Nejvhodnější denní doba pro užívání antihypertenziv jednou denně byla dříve kontroverzní. Některé studie zjistily, že podávání před spaním snižuje noční krevní tlak a zlepšuje kardiovaskulární výsledky.

Ve studii TIME (Treatment In the Morning or Evening) bylo více než 21 000 dospělých s hypertenzí randomizováno k užívání antihypertenzních léků ráno nebo večer. Po pěti letech byl výskyt kardiovaskulárních příhod (infarktu myokardu, CMP, vaskulárních úmrtí) v obou skupinách podobný – 3,7 % u pacientů užívajících léky ráno a 3,4 % večer, $p = 0,53$ (Obr. 3) (2).

U pacientů užívajících léky večer byl o něco méně častější výskyt nežádoucích příhod během léčby (69,2 % vs. 70,5 %, $p = 0,049$). Při raním dávkování byly častěji hlášeny závratě nebo točení hlavy, žaludeční nevolnost nebo poruchy trávení, průjem a bolesti svalů než při večerním dávkování. Naopak, při večerním dávkování byly častěji udávány nadměrné návštěvy toalety během dne nebo noci a jiné nespecifikované nežádoucí účinky.

Tato studie tedy ukazuje, že pacienti mohou užívat antihypertenziva podávaná jednou denně v době, kterou považují za nejvhodnější.

CHAP: léčba arteriální hypertenze v těhotenství

Donedávna se doporučovalo zahájit farmakoterapii hypertenze při hodnotách krevního tlaku (TK) přesahujících 140/90 mm Hg ihned pouze u pacientek s gestační hypertenzí (s nebo i bez proteinurie), preexistující hypertenzí se superpozicí gestační hypertenze nebo s hypertenzí se subklinickým poškozením orgánů (HMOD). U ostatních gravidních žen byla farmakoterapie doporučována až v případech, že TK naroste na hodnotu vyšší, než je 150/95 mm Hg. Byl ale tento přístup správný?

V dubnu 2022 byla publikována studie CHAP (Chronic Hypertension and Pregnancy), v níž bylo randomizováno 2 408 žen před 23. týdnem těhotenství k aktivní farmakologické kontrole TK už od hodnot 140/90 a výše, nebo k farmakoterapii pouze při vzniku těžké hypertenze s TK nad 160/105 mm Hg. Ukázalo se, že ve skupině s aktivní léčbou se podařilo dosáhnout TK asi o 5 mm Hg nižšího než u skupiny, která byla léčena až v případech těžké hypertenze (Obr. 4) (3).

Tento rozdíl přinesl jednoznačné benefity – u aktivní léčby byl zaznamenán nižší výskyt těhotenských komplikací. Objevilo se o 18 % méně případů preeklampsie se závažnými rysy, méně medicínsky indikovaných předčasných porodů před 35. týdnem těhotenství, byl nižší i výskyt abrupcí placenty, úmrtí plodu či novorozence (Tab. 1) (3). Podle nejnovějších

Obr. 3. Výskyt kardiovaskulárních příhod u pacientů užívajících antihypertenziva ráno (červená čára) a večer (modrá čára). Převzato z (2)

