

# Úprava terapie u hypertonika s orgánovým poškozením aneb aktivní přístup vede k účinné léčbě

**Pavel Rutar**

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Kardiovaskulární onemocnění jsou až z 80 % preventabilní (1). Zásadním a současně i velmi dobře kontrolovatelným rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění je arteriální hypertenze. Základem pro úspěšné dosažení optimální kompenzace krevního tlaku pacienta je proaktivní přístup lékaře a navázání dobré spolupráce s pacientem. Časné zahájení léčby, správná volba antihypertenziv, kontrola vývoje onemocnění v čase a důsledná fortifikace terapie, podpora adherence pacienta díky sestavení co nejjednoduššího léčebného schématu za využití minimálního počtu tablet a současně kontrola dalších významných rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění (zejména hypercholesterolemie) – to jsou charakteristiky, na základě kterých jsme schopni redukovat kardiovaskulární riziko pacienta na minimum a významně zlepšit jeho prognózu.

**Klíčová slova:** arteriální hypertenze, terapeutická inercie, adherence, fixní kombinace, polypill, ACE inhibitory.

## Arterial hypertension – chronic disease which needs an active and dynamic approach

Cardiovascular diseases are 80 % preventable. One of the main risk factors of cardiovascular diseases which can be controlled easily is arterial hypertension. There are two main conditions which influences our chance to reach the therapeutic target – active role of a physician and a patient's adherence to the therapy. Early treatment, the proper choice of the drug, periodic check-up of results and fortification of the therapy if it's necessary, encouraging patient's adherence by a simple therapeutic schema with using a polypill and a control of other important cardiovascular risk factors as hypercholesterolaemia – these are characteristics which bring us the biggest cardiovascular risk reduction.

**Key words:** arterial hypertension, therapeutic inertia, adherence, fix combination, polypill, ACE inhibitors.

## Úvod

Arteriální hypertenze je asi nejčastější diagnózou v klinické praxi, dominantně řešenou na poli primární péče a interních oborů. U některých pacientů tedy vede léčbu hypertenze primárně praktický lékař, u jiných pak specialista (internista kardiolog, diabetolog...), v jehož péči jsou pacienti dispenzarizováni. V situacích, kdy je pacient sledován ve specializované ambulanci, je důležitá souhra mezi primární péčí a specialistou, aby nedocházelo k unáhleným a často protichůdným změnám terapie, které nejsou ku prospěchu pacienta. Častým jevem v klinické praxi je to, že v případě pacientů dispenzarizovaných u specialistů interních oborů spoléhají praktičtí lékaři na to, že terapie arteriální hypertenze a kontrola dalších kardiovaskulárních rizikových

faktorů je vedena specialistou, a do takto nastavené terapie povětšinou nezasahují. Tento model má své racionální opodstatnění, nicméně je nutné zdůraznit, že tento přístup nelze aplikovat paušálně a je nutno k pacientům přistupovat individuálně. Automatické spoléhání se na to, že je terapie vedena kolegou, aniž bychom jeho postup podrobili kritické úvaze, tvoří v případě léčby hypertenze asi 8 % ze všech případů terapeutické inercie (2). V případě, že nacházíme rezervy v terapii pacienta, je zcela opodstatněné do situace vstoupit a aktivně konat.

## Kazuistika

Na vstupní preventivní prohlídku k praktickému lékaři přichází 57letý muž, nekuřák, sledovaný v diabetologické ambulanci pro early onset