

Nedostatečná motivace pacienta k léčbě

Arteriální hypertenze je oligo- či asymptomatické onemocnění. Jako takové je velmi důležité pacienta k léčbě motivovat. Pacient často nemusí chápat, proč by měl užívat léky na chorobu, která mu nečiní žádné či minimální obtíže, a tuto léčbu dokonce užívat doživotně. Nedílnou součástí managementu hypertenze by tedy mělo být vysvětlení celkového kardiovaskulárního rizika, nejlépe za pomoci SCORE tabulek (3, 4), které v nové podobě umožňují predikovat riziko fatální i nefatální závažné kardiovaskulární komplikace v následujících 10 letech. A vysvětlení, jak správná korekce krevního tlaku i dalších přidružených rizikových faktorů dokáže efektivně toto riziko snížit.

Nepoužívání kombinační léčby a fixních lékových kombinací

Monoterapie je vyhrazena jen pro menšinu hypertoniků (do 30 %) (3). Většina hypertoniků potřebuje ke kontrole hypertenze kombinační léčbu. Důležité je s kombinační léčbou už začínat – dosáhneme rychlejší kontroly TK. Jeden lék v maximální dávce má menší antihypertenzní efekt než kombinace dvou léků v poloviční dávce. Navíc nižší dávky léků jsou spojeny s nižším výskytem nežádoucích účinků. Využití fixních lékových kombinací je spojeno s vyšší dlouhodobou adherencí k léčbě (18) a je také voleno nejčastěji pacienty, pokud se jich zeptáme na to, jak zlepšit dlouhodobou adherenci k léčbě. Využití kombinační léčby již při zahájení léčby a využívání fixních lékových kombinací je spojeno se snížením rizika kardiovaskulárních komplikací (19, 20). Nezapomínejme, že arteriální hypertenze je onemocnění, do jehož etiologie je zapojena celá řada patofyziologických mechanismů. Použitím kombinační léčby cílíme na více těchto mechanismů. U většiny nemocných se iniciální kombinace léků skládá z blokátorů RAS, blokátorů kalciových kanálů a thiazidových (thiazidům podobných) diuretik. Betablokátor může být zařazen vždy, když je k tomu klinický důvod (3, 4).

Bohužel běžná praxe je taková, že je léčba zahajována monoterapií (19). Přehled farmakoterapie uvádí obrázek 2.

Složité dávkovací schéma

Hypertenze je onemocnění asymptomatické až oligosymptomatické. Dlouhodobá adherence k léčbě je u těchto typů chorob obecně nízká a riziko neužívání medikace se zvyšuje s počtem užívaných tablet. Řešením je volba léků s dlouhým poločasem, které se mohou užívat 1x denně a využití fixních lékových kombinací (19) (21). Lék, který nemocný nepožije, nemůže fungovat. Toto jasně dokládají data. Non-adherence k léčbě je spojena se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních komplikací (22–24).

Diuretikum jako součást léčby u těžších hypertoniků

Platí jednoduché pravidlo, že pokud nemocný potřebuje ke kontrole hypertenze 3 a/nebo více léků, tak jedno z nich má být diuretikum (preferenčně thiazidové) (3, 4). Důvodem je, že diuretikum potencuje účinek ostatních antihypertenziv. Většina nemocných s rezistentní hypertenzí retinuje tekutiny (přestože otoky nemusí být klinicky viditelné).

Volba 4. a dalšího antihypertenziva

Lékem s nejvyšším antihypertenzním potenciálem mezi antihypertenzivy běžně využívanými jako léky čtvrté a další volby (MRA, betablokátory, doxazosin, centrálně působící léky) jsou blokátory mineralokortikoidního receptoru, především spironolakton (25). I proto je v hypertenzních centrech nejčastějším lékem 4. volby právě spironolakton.

Kontrola adherence k léčbě

Pokud u nemocného nedojde k poklesu TK po zahájení nebo navýšení léčby, je nejčastěji problém v tom, že pacient lék neužívá. Dělejme proto pravidelnou kontrolu adherence k léčbě (3, 4, 26), minimálně kontrolou lékového záznamu. Další možností je kontrolované podání antihypertenziv se sledováním efektu na krevní tlak (ABPM), ovšem pozor na riziko symptomatické hypotenze. Další, již běžně využívanou možností je vyšetření hladin antihypertenziv v séru nebo moči. Seznam laboratoří, které provádějí toxikologické vyšetření antihypertenziv najdete na stránkách České společnosti pro hypertenzi.

Nepátráme po nežádoucích účincích léčby

Důležitou součástí správného managementu hypertenze je aktivní pátrání po možných nežádoucích účincích léčby. Tedy při každé kontrole se pacienta zeptáme, zda léky snáší dobře. Na nejčastější známé nežádoucí účinky se konkrétně vpytáme. Nežádoucí účinky léčby mohou být důvodem, proč pacient léky přestane užívat. Arteriální hypertenze je našťástí onemocnění, které má k dispozici široké armamentarium léků. Někdy stačí jen snížit dávku léku (blokátory kalciových kanálů a otoky dolních končetin, sklon k bradykardii u betablokátorů), vyměnit za jinou skupinu (v případě výskytu kašle výměna ACEI za sartany apod). Důležité je si také uvědomit, že nežádoucí účinky se mohou objevit i několik měsíců nebo let po zahájení léčby.

Klinická inercie

Klinická inercie je bohužel velmi častá, má celou řadu příčin a podob. Nicméně to, že včas neuděláme potřebnou terapeutickou změnu, může významně ovlivnit osud našeho pacienta. Nespoléhejme se tedy na to, že aktuálně vyšší hodnoty TK jsou dané jen stresem, tím, že si nemocný zapomněl léky ráno užít nebo jsou dané akutní infekcí nebo nějakou bolestivou afekcí. Správnou reakcí je časná kontrola v ambulanci včetně kontroly TK v domácím prostředí nebo pomocí ABPM a při opakovaně vyšších hodnotách TK adekvátní úprava léčby.

Závěr

Arteriální hypertenze patří mezi onemocnění, která jsou opravdu velmi špatně kontrolovaná. Důvodů je řada, mohou být na straně pacienta, ale také na naší. Vzhledem k tomu, že data z Global Burden of Disease Study 2019 považují vysoký krevní tlak za nejdůležitější rizikový faktor mortality u osob nad 50 let a nemocnosti a příčin invalidity u všech osob (27), je nutné se zamyslet, zda v naší běžné klinické praxi nemůžeme udělat nějaké kroky, jak tento problém zmírnit.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Ne. **Financování:** Žádné. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.