

I „kosmetická“ změna v terapii arteriální hypertenze může přinést velký (a ne vždy chtěný) klinický účinek

V rámci terapie arteriální hypertenze se vždy snažíme nastavit individualizovanou léčbu, která konkrétnímu pacientovi vyhovuje a která mu přináší co největší benefit v podobě zlepšení kardiovaskulární prognózy. Při sestavování terapie vycházíme z obecně platných doporučení, která modifikujeme s ohledem na potřeby konkrétního pacienta. Ideální terapie hypertenze je taková, díky které dosáhneme stabilní kontroly krevního tlaku na úrovni vytyčených cílových hodnot za užití minimálního počtu tablet v co nejjednodušším schématu. V léčebném procesu se jako lékaři snažíme dělat maximum k posilování a udržení adherence pacienta a snažíme se vyhnout faktorům, které do adherence negativně zasahují. Do léčebného procesu kromě ošetřujícího lékaře vstupují i další zdravotníci, kteří svým jednáním rovněž ovlivňují pacientovu adherenci k terapii. Dominantní postavení z tohoto pohledu mají zejména farmaceuti v lékárnách, kteří mohou významně přispět ke zlepšení adherence, nebo naopak svým jednáním adherenci ovlivnit v negativním smyslu. Jako zásadní se z pohledu možného pozitivního ovlivnění adherence pacienta k terapii jeví správná edukace pacienta a minimalizace změn v jeho farmakoterapii, zejména minimalizace generických záměn.

Cílem terapie arteriální hypertenze je snížení negativního dopadu působení vysokého krevního tlaku na organismus, tedy redukce kardiovaskulárního rizika pacienta. Hlavním pilířem léčby hypertenze je vedle režimových opatření farmakoterapie. Až 80 % hypertenziků vyžaduje kombinovanou léčbu, která je založena na využití základních skupin antihypertenziv (RAS blokátory, blokátory kalciových kanálů, betablokátory a diuretika) (1). Preferenční volbou základní kombinační léčby arteriální hypertenze je pak kombinace perindoprilu s amlodipinem (2). Udržení 24hodinové kontroly krevního tlaku je významné z pohledu kardiovaskulární prognózy. Variabilita krevního tlaku je spojena s navýšením kardiovaskulárního rizika akutního infarktu myokardu o 18 %, cévních mozkových příhod o 16 % a kardiovaskulární mortality o 36 % (3). Z tohoto pohledu je tedy významné sestavit terapii tak, aby nedocházelo k nechtěným výkyvům krevního tlaku, tedy při dávkování 1x denně využíváme molekuly s 24hodinovým klinickým efektem a volíme léčivé přípravky se studii podloženou účinností.

Úspěch terapie je současně podmíněn spoluprací pacienta a jeho adherencí k terapii. V rámci zvýšení adherence k léčbě se snažíme terapii s pacientem diskutovat, vysvětlovat a sestavovat tak, aby ji reálně mohl dodržovat, velmi užitečné je pak, když docílíme stavu, kdy pacient svou léčbu chápe a kdy si ji dobře pamatuje. Ke zjednodušení léčebného schématu využíváme fixních kombinací, které vede ke zvýšení adherence pacienta k terapii (4). Terapii se snažíme co nejméně měnit, neboť změny v medikaci jsou spojeny s možností vzniku chyb (5) a s poklesem adherence pacienta k terapii (6). Mezi změny medikace z tohoto pohledu řadíme i případné generické záměny. V klinické praxi jsou někdy originální léčivé přípravky zaměňovány za generika. Tato změna je za určitých okolností jistě možná, nicméně je nutné mít na paměti, že mezi originálními léci-

vými přípravky a generiky nemusí být absolutní rovnítko (při registraci generika se vyžaduje důkaz o jeho bioekvivalenci, tj. rychlosti a rozsahu, ve kterém generikum vstupuje do krevního oběhu, kdy plocha pod křivkou koncentrace léčiva v krvi a maximální sérová koncentrace musejí u generika spadat do rozmezí 80–125 % (7)). I s ohledem na tento fakt by tedy generická substituce měla být realizována jen v opodstatněných případech. Jako výrazně nepříznivé záměny v medikaci bychom pak mohly označit i situace, kdy je fixní kombinace změněna na kombinaci volnou a rozdělena do několika přípravků, čímž dojde k navýšení počtu užívaných tablet a zvýší se tak riziko non-adherence či vzniku lékových duplicit.

Kazuistika

Na kontrolu do ambulance primární péče přichází akutně 58letý muž, jehož dominujícími obtížemi jsou slabost, únava, motání hlavy. Jde o pacienta s anamnézou arteriální hypertenze a dyslipidemie, na terapii od roku 2021, kdy byla jeho antihypertenzní léčba postupně eskalována až na perindopril/amlodipin 10/5 mg ve fixní kombinaci v dávce 1x denně, dyslipidemie je kompenzovaná na terapii atorvastatin 30 mg v dávce 1x denně. Poslední kontrola proběhla před deseti dny, kdy pacient absolvoval i 24hodinový ambulantní monitoring TK (ABPM), který byl indikován pro suspekci na nedostatečnou kontrolu krevního tlaku (podezření bylo vysloveno na podkladě výsledků hodnot domácí monitorace krevního tlaku). S ohledem na výsledky ABPM mu ale byla léčba hypertenze ponechána beze změny a pacientovi bylo předepsáno další balení chronické medikace.

Při akutním vyšetření pacient neguje příznaky infektu, aktivně udává, že si poslední 4 dny, kdy se obtíže nejvíce akcentovaly, měřil krevní tlak kolem 110 mm Hg systoly. Jedním dechem pak dodává,