

Jak na nekompliantního hypertonika aneb ne vždy je cesta snadná

MUDr. Eva Kociánová, doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D.

I. interní klinika – kardiologická, FN Olomouc

Cílem léčby hypertenze je bezpochyby snížení rizika jejích komplikací. K tomuto účelu nám slouží široká paleta účinných antihypertenzních léčiv. S jejich pomocí se naprostá většina pacientů dostane k doporučeným cílovým hodnotám krevního tlaku (1). Jako zásadní problém se ale ukazuje ochota konkrétního pacienta dlouhodobě dodržet stanovené léčebné schéma. Při průkazu non-compliance je zásadní kritické zhodnocení všech podávaných tablet co do nezbytnosti a účinnosti, využití fixních kombinací, kdykoli je to možné, a hlavně mravenčí práce s motivací pacienta k celoživotní léčbě.

Klíčová slova: hypertenze, non-compliance, sérové hladiny antihypertenziv, komplikace hypertenze.

How to deal with a non-compliant hypertensive patient, or The path is not always easy

The goal of hypertension management is undoubtedly to reduce the risk of its complications. For this purpose, there is a wide variety of effective antihypertensive drugs. With their help, the vast majority of patients reach the recommended target blood pressure levels. However, the willingness of a particular patient to adhere to the prescribed therapeutic regimen in the long term has proved to be a major issue. When non-compliance is identified, it is essential to critically evaluate all the tablets administered in terms of their necessity and efficacy, to use fixed combinations, whenever possible, and, in particular, to make rigorous efforts in motivating the patient for lifelong treatment.

Key words: hypertension, non-compliance, serum antihypertensive drug levels, hypertension complications.

Interní Med. 2015; 17(4): 204–205

Neléčená anebo nedostatečně léčená hypertenze vede k mnoha komplikacím, zvyšuje riziko rozvoje srdečního selhání, cévních mozkových příhod, renálního selhání i ischemických srdečních příhod při akcelerované ateroskleróze. Problémem je, že samotná nedostatečná kontrola krevního tlaku může uniknout diagnostice anebo její léčba nepatří mezi priority pacienta postiženého nebolestivým stavem a jistě často i nedostatečnou edukací. Dochází potom k podcenění potřeby celoživotní medikace a k vynechávání anebo úplnému zanechání užívání předepsané medikace.

Do naší hypertenzní ambulance se pan Zdeněk, r. 1954, dostal během své hospitalizace na jiném pracovišti v lednu roku 2015 s žádostí o vyloučení sekundární etiologie hypertenze. V tu dobu užíval duální antiagregaci a osmikombinaci antihypertenziv. Podnětem k odeslání do ambulance pro rezistentní hypertenzi byla neuspokojivě kompenzovaná hypertenze a opakované dekompenzace s nutností hospitalizace, přičemž vstupní tlak při té poslední byl 240/120 mm Hg. Z osobní anamnézy stojí za zmínku polyetážový vertebrogenní algický syndrom s chronickou medikací Novalginem a chronická cefalea. Pacient se léčil pro chronickou ischemickou chorobu srdeční, podstoupil implantaci koronárního stentu do 1. větve ra-

Tabulka 1. Vstupní medikace

	Ráno	Poledne	Večer
Betaloc SR 200 mg	1	0	0
Ebrantil ret. 30 mg	1	1	0
Perinpa 8/2,5 mg	1	0	0
Anopyrin 100 mg	0	1	0
Kapidin 20 mg	0	0	1
Tenaxum 1 mg	1	0	1
Monotab SR	1	0	0
Lorista 100 mg	1/2	1/2	1/2
Preductal MR 35 mg	1	0	1
Sortis 20 mg	0	0	1
Trombex 75 mg	1	0	0
Verospiron 25 mg	0	1	0

mus diagonalis v r. 2010 pro nestabilní anginu pectoris, následně prodělal v r. 2013 drobný non-Q infarkt myokardu při dekompenzované hypertenzi a v r. 2014 byl pro atypické bolesti na hrudi rekonarografován s příznivým nálezem. V říjnu 2014 také prodělal cévní mozkovou příhodu v povodí arteria cerebri media vlevo s reziduální lehkou pravostrannou hemiparézou. Udával příjem alkoholu do 4 piv týdně, je exkuřák 26 let. Na cílený dotaz udal, že léky užívá z krabiček, připravuje si je sám a dávkovač nepotřebuje.

Při prvním vyšetření byl pacient normotenzní, kardiopulmonálně kompenzovaný, v ob-

jektivním nálezu bez pozoruhodností, tlak v ordinaci 125/85 mm Hg (průměr druhého a třetího měření) a pulz 60/min. Vzhledem k dosaženému cílovému krevnímu tlaku během hospitalizace padlo první podezření na non-complianci k farmakoterapii, sérové hladiny antihypertenziv jsme neodebrali z důvodu ideální kompenzace a nízké tepové frekvence v době návštěvy. Doporučili jsme lůžkovému oddělení, kde byl pacient v době konzultace hospitalizován úpravu a zjednodušení léčby ideálně fixní trojkombinací a redukci medikace, která není zcela nezbytná, naplánovali skřínink sekundární hypertenze a kontrolní návštěvu z domácího prostředí.

Tabulka 2. Upravené medikace

	Ráno	Poledne	Večer
Triplicam 10/2,5/10 mg	1	0	0
Ebrantil 60 mg	1	0	1
Betaloc SR 200 mg	1	0	0
Duoplatin	0	1	0
Sortis 20 mg	1	0	0

Při druhé návštěvě již byl pacient v domácí léčbě, bez subjektivních stesků. Krevní tlak v ordinaci byl naměřen 185/112 mm Hg a puls 112/min. K dispozici byl výsledek CT angiografie renálních tepen, CT nadledvin a mozku – vše v normě. Naše doporučení zjednodušit léčbu byla zrealizována jen částečně – z medikace byla při propuštění vypuštěna Lorista a Verospiron, ostatní léky pacient užíval podle rozpisu v propouštěcí zprávě. Opakovaný odběr metanefrinů, aldosteronu, reninu i ostatních skvrinkových vyšetření byl v normě a neprokázal sekundární etiologii hypertenze. Rozdíl v naměřených hodnotách tlaku a pulzu při minimální změně v medikaci jsme považovali za vysoce suspektní z non-compliance k léčbě, odebrali jsme sérové hladiny antihypertenziv, pacientovi důrazně vysvětlili nutnost pravidelné medikace a maximálně, ale efektivně zjednodušili léčbu. Pro základ antihypertenzní léčby byly vybrány účinné látky v maximální dávce dostupné ve fixní trojkombinaci. Vynechány byly duplicity centrálních antihypertenziv, zrušena kombinace ACE – inhibitor a AT-1 blokátor, která se v léčbě hypertenze pro riziko renálních komplikací nedoporučuje, využita byla dvojkombinace antiagregačních léků a vynechány nitráty (2, 3). Vyšetření sérové hladiny antihypertenziv posléze ukázalo v době této kontroly nulovou hodnotu indapamidu, perindoprilu i metoprololu v séru.

Při další kontrole po měsíci pacient přiznal, že léky dříve neužíval, ale od poslední kontroly

je bral poctivě, dnešní užil v 5:30 hodin. Krevní tlak byl ovšem neuspokojivý – 186/104 mm Hg a puls 100/min. Při vyloučené sekundární etiologii hypertenze, nastavené racionální terapii a klinickém nálezu jsme měli opět podezření na nesprávné užívání léků a znovu byly odebrány sérové hladiny antihypertenziv.

Na dubnovou kontrolu se pacient nedostavil z důvodu hospitalizace na neurologické klinice pro recidivu ischemické cévní mozkové příhody v povodí arteria cerebri media vlevo. Vstupně byla zaznamenána dekompenzovaná hypertenze, kontrolní sérové hladiny antihypertenziv z minulé návštěvy byly opět nulové. Dalším krokem bylo proto opakování edukace, které se tentokrát setkalo s úspěchem.

Při posledních třech návštěvách je pacient kompenzovaný, průměrný tlak v ordinaci 126/74 mmHg, dávka Ebrantilu byla snížena pro občasné ortostatické projevy, jinak pacient pokračuje v antihypertenzní medikaci fixní trojkombinací perindopil-arginin/ indapamid/ amlodipin a betablokátozem.

Z tohoto příběhu je vhodné pro praxi zdůraznit některé důležité jevy. Edukace pacienta je zcela zásadní, a to opakovaná, náš pacient se stal ukázkovým až po třech komplikacích, dvou přímých usvědčeních a opakované intenzivní intervencí rozhovorem. Sám potom zhodnotil vývoj svého vztahu k užívání léčby slovy: "Předtím jsem to nevěděl, a teď už to vím." Překvapivě ho k rozhodnutí užívat léky nepřiměly nakupené komplikace, ale otevřený

rozhovor a slib předpisu pouze nezbytného množství tablet.

Předpoklad, že pacient bude dlouhodobě užívat velké množství tablet denně (v případě našeho pacienta 15,5), je platný jen u malého procenta populace. Míra ochoty jakéhokoli pacienta je závislá na dávkovacím schématu a celkovém množství užívaných tablet. Redukce počtu podávaných tablet při maximálním využití fixních kombinací vede u většiny pacientů ke zlepšení kompenzace hypertenze (4). Zařazení fixní lékové trojkombinace je u komplikovaných pacientů velkou pomocí a dosažená lepší kontrola hypertenze může daného pacienta ochránit před vznikem dalších budoucích kardiovaskulárních příhod a komplikací (5).

Literatura

1. Filipovský J, Widimský jr. J, Ceral J, et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Hyperten Kardiovas Prev* 2012; 3: 1–16.
2. Mancia G, Farad R, Narkiewicz K, et al; 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertension* 2013; 31: 1281–1357.
3. The ONTARGET Investigators Telmisartan, Ramipril, or Both in Patients at High Risk for Vascular Events. *N Engl J Med* 2008; 358: 1547–1559.
4. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, et al. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. *Am J Med* 2007; 120: 713–719.
5. Chalmers J, Arima H, Woodward M, et al. Effects of combination of Perindopril, Indapamide and calcium channel blockers in patients with type 2 diabetes mellitus. Result from the ADVANCE Trial. *Hypertens* 2014; 63: 259–264.

Článek přijat redakcí: 7. 8. 2015

Článek přijat k publikaci: 20. 8. 2015

MUDr. Eva Kociánová

I. interní klinika – kardiologická, FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
eva.kocianova@tiscali.cz