

Interview s MUDr. Igorem Karenem (SVL ČLS JEP)

Pane doktore, hypertenze představuje jedno z nejčastějších onemocnění, vyskytující se až u 30 % dospělých. V čem spatřujete příčiny tak vysoké prevalence?

Vysoký krevní tlak je dnes nejčastější diagnózou v ordinaci praktického lékaře a internisty. Hypertenzi pak dnes chápeme tak trochu jako daň z blahobytu; pravděpodobně je to dáno současným životním stylem a všudypřítomným stresem, přímým nadměrným množstvím sodíku v podobě kuchyňské soli a nemírnou konzumací alkoholu, nárůstem frekvence obezity a inzulínové rezistence, resp. metabolického syndromu. Se stoupajícím věkem a ve spojitosti s některými chorobami také klesá eliminační schopnost ledvin, tudíž může docházet k zadržování vody v organismu, čímž se zvyšuje objemová i pracovní zátěž myokardu a v důsledku menší elasticity cév roste mj. periferní odpor, a tím též krevní tlak (TK).

Hypertoniků bude pravděpodobně stále přibývat, jaké jsou tedy vyhlídky?

Pokud nedojde k výraznějším změnám v postojích obyvatelstva ke svému zdraví a potažmo krevnímu tlaku, obávám se, že nás nečeká lepší obraz. Přitom je důležité připomenout, že kompenzace hypertenze kromě medikamentózní léčby vyžaduje i řadu režimových opatření – od změny stravovacích návyků, přes pravidelné aerobní tělesné aktivity, po alespoň základní duševní hygienu a provádění relaxačních technik. Hypertenze, mimo jiné, patří k významným rizikovým faktorům cévní mozkové příhody (CMP), kdy byl klinicky prokázán těsný vztah mezi hodnotou TK a výskytem takové příhody. Vždyť každé snížení systolického TK o 10 torrů vede ke snížení rizika CMP o 33 %, což je ohromný poznatek v rámci pri-

mární i sekundární prevence iktů. Zároveň je třeba poukázat, že neléčená, resp. nedostatečně kontrolovaná hypertenze v konečných důsledcích vede k nevratnému poškození řady orgánů a tkání (hypertrofie srdečního svalu, encefalopatie, retinopatie, poškození ledvinového parenchymu aj.).

Nemocní vyššího věku často trpí polymorbiditou a užívají současně několik medikamentů. Dostačuje monoterapie u hypertenze k normalizaci krevního tlaku nebo je nutné sáhnout ke kombinované léčbě?

Polypragmázie je v našich zeměpisných šířkách dosti častým problémem. Někdy je obtížné samotným pacientům vysadit léta užívaný, avšak ve světle EBM neopodstatněný medikament a vysvětlit jim, že se jedná o zbytečnou zátěž látkové výměny. Snad ještě platí poučka farmakologů, že podávání více jak pěti léků současně je třeba pokládat za postup non lege artis. Obecně se setkávám a souhlasím s trendem podávat co nejméně preparátů, ale objektivně účinných a v dostatečné dávce, pokud možno jednou denně, aby se maximalizovala compliance nemocného.

V současnosti jsou k dispozici antihypertenziva několika druhů. Dle důkazů a závěrů mnoha celosvětových klinických studií a v konsensu mnoha odborných lékařských společností dnes preferujeme v léčbě hypertenze blokátory RAS, kam řadíme ACE-inhibitory (ACEi) a blokátory AT1 receptoru, čili sartany. Jako další velkou skupinu léků na terapii hypertenze preferujeme dlouhodobě působící blokátory kalciových kanálů (kalcioví antagonisté), které jsou vhodné jak k monoterapii, tak i do kombinace prakticky se všemi dalšími skupinami antihypertenziv. Do trojkombinace jsou dnes nejčastěji doporučována a nasazována jednoznačně diuretika. Dle posledních Evropských Doporučených postupů i našich Českých doporučených postupů pro léčbu hypertenze máme pět základních tříd antihypertenziv, kam patří ještě skupina tzv. betablokátorů, které by se dnes již měly indikovat v určitých přesně daných indikacích, ale jak říkám, své místo mají a myslím si, že i nadále budou mít v základní „pěťce“ léků na léčbu hypertenze.

V léčbě vysokého krevního tlaku preferujeme zejména preparáty umožňující aplikaci jednou za 24 hod, tj. s pozvolným nástupem i odezníváním účinku. U řady pacientů je monoterapie pro dosažení normotenze dostačující, nicméně, dnes se již opakovaně uvádí, že k dosažení cílových hodnot léčené hypertenze je nutno až u 80 % všech pacientů použít minimálně dvojkombinaci antihypertenziv.

Zmínili jste jednu skupinu antihypertenziv – blokátory kalciových kanálů. Co byste řekl k jejich postavení v léčbě vysokého krevního tlaku?

Podstatou působení blokátorů kalciových kanálů (BPR) je zabránění vstupu iontů vápníku do buněk hladké svaloviny cév a myokardu, čímž dochází k vazodilataci a snížení srdeční kontraktility. Systémovým rozšířením artérií pak klesá TK a zlepšuje se prokrvení mozku a tkání.

Blokátory kalciových kanálů (např. nitrendipin) se s výhodou podávají nemocným s hypertenzí, zvláště pokud mají současně přidružené další choroby (ICHS, ICHDK, cukrovka, hyperlipoproteinemie, u metabolického syndromu, u pacientů s astma bronchiale), protože jsou metabolicky neutrální. Navíc působí dlouhodobě, a tím umožňují aplikaci 1x denně. Bylo zjištěno, že kalcioví antagonisté mohou mít i jisté antiaterogenní účinky. Konkrétně nitrendipin v dávce 10 nebo 20 mg, amlodipin v dávce 5 mg, či jiné dlouhodobě působící BKK jsou nejen účinným antihypertenzivem, ale také spolehlivým antianginózním lékem.

Jaké benefity pro nemocné vyplývají z terapie blokátory kalciových kanálů?

Odpověď je částečně obsažena u předchozí otázky. Z léčby kalciovými antagonisty jednoznačně profitují všichni pacienti, zejména pak starší pacienti s izolovanou systolickou hypertenzí. Dále jsou BKK vhodné pro pacienty s diabetem a nemocné s metabolickým syndromem, anginou pectoris a po prodělaném infarktu myokardu. Podávání nitrendipinu je spojováno dokonce se snížením pravděpodobnosti samotného rozvoje diabetu.

Ve studii u starších osob (Syst-Eur) bylo prokázáno, že nitrendipin snižuje

nejen krevní tlak, ale také navíc i riziko vzniku demence. Ochranný účinek nitrendipinu na mozkové neurony je v profylaxi demence velmi žádoucím aspektem. Tomu říkáme přidaná hodnota a ne každý lék se tímto může chlubit.

Jak je to s bezpečností a snášenlivostí kalciových antagonistů?

Kalcioví antagonisté jsou, až na výjimky látky dobře snášené a bezpečné. Nežádoucí účinky (v důsledku vazodilatace) – návaly horka, bolest hlavy, perimaleolární otoky – se vyskytují u cca 5 % pacientů. Blokátory kalciových kanálů jsou považovány za bezpečné a jsou povolené mj. i pro léčbu hypertenze během gravidity. Ačkoliv příbalové letáky některých přípravků hovoří někdy jinak, jsou tato fakta obsažena v konsenzuálním materiálu (**Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze**), který vydala Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP spolu s Českou společností pro hypertenzi právě pro všeobecné praktické lékaře.

Jakým směrem se bude ubírat antihypertenzní léčba v blízké budoucnosti?

Začal bych dvěma aspekty. Za prvé: Myslím si, že se opravdu zapomíná a opomíjí zdravý životní styl, který by měl být nedílnou a samozřejmou součástí terapie hypertenze a mnohdy může i oddálit manifestaci hypertenze.

Za druhé: Dnes se ubírá medikamentózní terapie hypertenze ke zlepšení compliance a adherence u všech pacientů zejména pomocí kombinované terapie. Nejlépe pak v jedné tabletě s tím, že se kombinují dlouhodobě působící (24 hodin) preparáty. Sám jsem participoval či také v současnosti participuji na celoevropských klinických studiích, kde se zkouší u pacientů s hypertenzí trojkombinace antihypertenziv: sartan + BKK + diuretikum, či ACEi+BKK+diuretikum. Zde vidíte, které skupiny jsou i nejčastěji používány v léčbě hypertenze. Zkouší se i kombinace dvou antihypertenziv a k tomu ještě statin. Takže 1 tableta na více diagnóz, to je dnes trend, který je velmi žádoucí, neboť polypragmázie je častou příčinou zhoršené adherence k terapii různých diagnóz včetně hypertenze.

Rozhovor vedl Robert Jirásek