

Úskalí léčby arteriální hypertenze

MUDr. Barbora Nussbaumerová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika LF a FN v Plzni

Prevalence arteriální hypertenze (AH) je v České republice u osob ve věku 25–64 let kolem 40 %. Kontrola hodnot krevního tlaku (TK) je i přes rozsáhlé možnosti a dostupnost farmakoterapie nedostatečná. Důraz je třeba dát již na diagnostiku AH – správné technice měření TK, využívání ambulantní monitorace TK (ABPM) a domácí měření TK. Při podezření je třeba vyloučit sekundární hypertenzi. Problematická je slabá adherence k režimovým i farmakologickým opatřením. Je třeba dbát na dostatečné dávkování farmakoterapie, indikovat kombinační léčbu s využitím fixních kombinací a neopomínat diuretika v kombinační léčbě. Nezastupitelná je kvalitní komunikace s pacientem.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, sekundární hypertenze, adherence, kombinační léčba.

Difficulties in arterial hypertension treatment

Prevalence of arterial hypertension in the Czech Republic is around 40%. Blood pressure control is unsuccessful despite of a big potential of pharmacotherapy. Appropriate blood pressure measurement and ambulatory and home blood pressure monitoring have to be considered. Secondary hypertension must be excluded when suspected. There is a lack in compliance with lifestyle recommendations and pharmacotherapy. Pharmacotherapy dosing must be sufficient, including diuretics in combination therapy. Fixed combinations and valuable communication with patients should be effected.

Key words: arterial hypertension, secondary hypertension, compliance, combination therapy.

Med. praxi 2015; 12(2): 59–60

Úvod

Z dat z epidemiologické studie post-MO-NICA je známo, že prevalence AH se v České republice u osob ve věku 25–64 let pohybuje kolem 40 % se zřetelným nárůstem ve vyšších věkových skupinách (v dekádě od 55 do 64 let má AH 72 % mužů a 65 % žen) (1). Téměř ¾ hypertoniků o své nemoci ví. Kontrola AH bohužel zůstává i přes rozsáhlé možnosti a dostupnost farmakoterapie nedostatečná. V ČR, ale i v západní Evropě dosahuje cílových hodnot TK < 140/90 mmHg pouze cca 30 % hypertoniků. V diagnostice a léčbě AH a dalších kardiovaskulárních (KV) rizikových faktorů se řídíme platnými odbornými doporučeními (2–5).

Správná diagnostika arteriální hypertenze

Důraz je třeba dát již na diagnostiku AH. Už samotné technice měření TK je nutno věnovat velkou pozornost. Měření se provádí v ordinaci na paži sedícího pacienta po 5–10minutovém zklidnění (při první návštěvě na obou pažích, při dalších návštěvách na paži s vyšší hodnotou TK při vstupním měření) s volně podloženým předloktím na uvolněné končetině ve výši srdce. Jako zlatý standard se užívá měření auskultační metodou s přiměřeně širokou a dlouhou manžetou (tab. 1). Krevní tlak měříme s přesností na 2 mm Hg. Tlak v manžetě snižujeme pomalu (o 2–3 mm Hg za sekundu). Diastolický TK odečítáme u všech jedinců, včetně těhotných a dětí, při vymizení ozvě (V. fáze Korotkovových fenoménů). U starších hy-

pertoniků může být přítomna auskultační mezera (auskultační gap). Měření opakujeme 3× a řídíme se průměrem z 2. a 3. měření. K diagnóze AH jsou třeba minimálně dvě návštěvy v ordinaci s TK ≥ 140/90 mm Hg. Důležité je v diagnostice/léčbě též využívání ambulantní monitorace krevního tlaku (ABPM) k odhalení hypertenze/fenoménu bílého pláště (vysoký TK v ordinaci a normální mimo ni) a maskované hypertenze (normální TK v ordinaci a vysoký mimo ni). Neshoda mezi hodnotami TK doma a v ordinaci se vyskytuje u asi 30 % nemocných. Nicméně většina klinických studií s antihypertenzivy měla příznivé výsledky i v případech zahrnutí těchto pacientů s hypertenzí bílého pláště. U hypertenze bílého pláště jsou doporučena režimová opatření a sledování po 3–6 měsících. Většinou totiž dojde v určitém časovém horizontu k rozvoji klinické AH. Při diskrepanci hodnot TK při ABPM a domácím měření TK a u vysokého KV rizika je třeba zahájit farmakoterapii.

Domácí měření TK zapojuje nemocné do léčby a zlepšuje jejich adherence k léčbě. K měření TK zejména v domácích podmínkách lze také užít automatické nebo poloautomatické přístroje s manžetou na paži, které byly validizovány podle standardních protokolů (6, 7), nikoliv přístroje s manžetou na prst nebo na zápěstí. Je vhodné, aby si nemocní měřili TK doma týden před ambulantní kontrolou, po 5minutovém sezení v klidu vždy ráno a večer po dvou hodnotách a druhou hodnotu zapsali. Hodnoty TK k diagnostice AH dle různých typů použitých měření jsou shrnuty v tabulce 2.

Většina hypertoniků, asi 90 %, má esenciální hypertenzi, tzv. choroba je multifaktoriální etiologie a není zjištělná jediná vyvolávající příčina. Asi 10 % trpí tzv. sekundární hypertenzí. Zvýšení TK je zde důsledkem jiného, přesně definovaného patologického stavu. Výskyt sekundární hypertenze je podstatně vyšší v dětském věku a u mladých dospělých. U těchto nemocných nám přijde přirozené na sekundární hypertenzi pomýšlet. Nicméně stejně tak musíme mít podezření na rozvoj sekundární hypertenze u stabilizovaných hypertoniků, u nichž došlo k náhlému zvýšení dosud uspokojivých hodnot TK nebo k rozvoji rezistence na léčbu, nebo při přítomnosti klinických a laboratorních markerů naznačujících možnost sekundární příčiny hypertenze (např. hypokalemie nebo renální insuficience). Důležitý je pečlivý odběr osobní anamnézy včetně informací o veškeré užívané farmakoterapii. Odlišení sekundární formy od esenciální hypertenze je důležité pro možnosti specifické léčby, která může vést u potenciálně odstranitelných příčin k vymizení hypertenze, pokud je intervenováno časně. Nejčastější příčiny sekundární hypertenze jsou shrnuty v tabulce 3. Pokud existuje podezření na sekundární etiologii hypertenze, nemocný má být vyšetřen na specializovaném pracovišti (ambulance pro AH, spánková laboratoř...).

Existují možnosti zlepšení adherence k léčbě?

Častým důvodem nedosažení cílových hodnot u AH je slabá adherence k režimovým

Tabulka 1. Doporučená šíře manžety tonometru

Obvod paže v cm	Šíře manžety v cm
do 33	12
33–41	15
nad 41	18

Tabulka 2. Diagnostika arteriální hypertenze dle různých typů užitých měření

	Systolický TK	Diastolický TK
V ordinaci	≥ 140	≥ 90
ABPM – 24hod průměr	≥ 130	≥ 80
Denní průměr	≥ 135	≥ 85
Noční průměr	≥ 120	≥ 70
Domácí měření TK	≥ 135	≥ 85
TK – krevní tlak; ABPM – ambulantní 24hodinové měření krevního tlaku		

Tabulka 3. Nejčastější příčiny sekundární hypertenze

Endokrinní příčiny
■ Primární hyperaldosteronismus
■ Feochromocytom
■ Hyperkortizolismus
■ Poruchy funkce štítné žlázy a příštítných tělísek, akromegalie
Renální příčiny
■ Renovaskulární – fibromuskulární dysplázie renální tepny zejm. u mladých žen, ateroskleróza renální tepny
■ Renoparenchymatózní - diabetická nefropatie, chronické tubulointericiální nefritidy a glomerulonefritidy, polycystická choroba ledvin
Obstrukční spánková apnoe
Léky a návykové látky
■ Nesteroidní antirevmatika
■ Imunosupresiva, kortikosteroidy, hormonální antikoncepce
■ Sympatomimetika, drogy (kokain a další)
■ Alkohol
Koarktace aorty
Neurogenní příčiny

i farmakologickým opatřením. Pokud nemocný celý dosavadní život neprožil dle zásad zdravého životního stylu, tj. je zvyklý na vysoký příjem soli, neprovozuje žádnou fyzickou aktivitu, kouří, stravuje se nepravdělně a preferuje jídla středoevropské kuchyně, bude velmi těžké aplikovat režimová doporučení zejm. v pozdějším věku. Proto bychom měli nemocného důkladně poučit o charakteru, nebolestivosti a možných následcích AH, hovořit přiměřeně jeho znalostem o problematice, inteligenci a sociálnímu postavení. Je třeba postupovat psychologicky a nemocné za sebemenší pokrok chválit. U některých nemocných pomáhá domácí měření TK, jak je uvedeno výše. Pravidelně mají být plánovány klinické kontroly.

Monoterapie AH bývá úspěšná maximálně u 30% nemocných, u většiny ostatních můžeme dosáhnout normalizace TK kombinací dvou a více antihypertenziv. Antihypertenzivum má mít dlouhý poločas pro možnost dávkování 1x denně a minimální nežádoucí účinky. Kombinační léčbu dvěma antihypertenzivy v nižší dávce upřednostňujeme při zahajování farmakoterapie, pokud iniciační hodnoty TK jsou 160 a/nebo 100 mm Hg a více. Je prokázáno, že fixní kombinace zlepšují adherenci nemocného k léčbě a též rychlé snížení TK vzbudí v nemocném důvěru v naše postupy alepší adherenci k léčbě. Při zahájení farmakoterapie pro monoterapii i kombinační léčbu užíváme v první řadě přípravky, pro něž máme data pro ovlivnění KV morbidity a mortality: ACE-inhibitory, blokátory receptorů pro angiotenzin II (AT1-blokátory, sartany), dlouhodobě působící blokátory kalciových kanálů, diuretika a beta-blokátory s tím, že u nemocných s metabolickými odchylkami preferujeme první tři uvedené, tzv. univerzální antihypertenziva. Další léky jsou vhodné teprve tehdy, když se nedaří dosáhnout úspěšné léčby AH pomocí základních antihypertenziv ani při použití jejich kombinací. Do každé trojkomby patří diuretikum, nejvhodnější je z hlediska metabolického působení indapamid. Racionální trojkomby je tedy ACE-inhibitor nebo sartan (jejich kombinace není vhodná) + dlouhodobě působící blokátor kalciových kanálů + diuretikum.

Rezistentní hypertenze je definovaná jako přetrvávání hodnot systolického TK v ordinaci ≥ 140 mm Hg a/nebo průměru systolického TK při 24hodinové ABPM TK ≥ 130 mm Hg při podávání nejméně trojkomby antihypertenziv (včetně diuretika) v doporučených maximálních dávkách. Etiologie rezistentní hypertenze je velmi často multifaktoriální. K vyřešení tohoto nepříznivého stavu je třeba velice pečlivě zkoumat jeho příčinu, než přikročíme k rozsáhlému vyšetřování a neuváženým změnám zavedené léčby. Častá je právě tzv. pseudorezistence – je prokázáno, že nemocní často neužívají předepsané léky – z důvodů nežádoucích účinků (některá diuretika) nebo i z důvodů finančních (doplatky) a sociálních (pracovní neschopnost, invalidní důchod). Existuje ale možnost stanovení hladin mnoha z užívaných antihypertenziv. Dalším důvodem pseudorezistence může být prvotně nesprávná diagnostika AH z různých příčin a hypertenze bílého pláště, jak je uvedeno výše. Důvodem vzestupu TK může být i na první pohled skrytý alkoholismus. Při pádném podezření na rezis-

tentní hypertenzi je vhodné vyloučit sekundární hypertenzi. U některých nemocných se v léčbě rezistentní hypertenze i při vyloučení primárního hyperaldosteronizmu osvědčuje přidání malé dávky spironolaktonu za častějších kontrol mineralogramu. V poslední době jsou intenzivně zkoumány možnosti nefarmakologické léčby AH (především rezistentní hypertenze). Velká pozornost byla věnována především denervaci renálního sympatiku. Tato metoda zůstává přes počáteční slibné výsledky ve fázi výzkumu.

Závěr

Prevalence AH je vysoká a její kontrola je neuspokojivá. Nemocný by měl být poučen o charakteru své choroby, možných komplikacích a zejména o režimových opatřeních. V indikovaných případech je třeba vyloučit sekundární hypertenzi. Je třeba dbát na dostatečné dávkování farmakoterapie a kombinační léčbu s využitím fixních kombinací a neopomínat diuretika v kombinační léčbě.

Literatura

1. Cifková R, Bruthans J, Adámková V, et al. Prevalence základních kardiovaskulárních rizikových faktorů v české populaci v letech 2006–2009. Studie Czech post-MONICA. Cor Vasa 2011; 53: 220–229.
2. Filipovský J, et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Vnitřní Léč 58 (2012) 785–801.
3. Mancia G, et al. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal doi: 10.1093/eurheartj/ehf151.
4. Cifková R, et al. Summary of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): Prepared by the Czech Society of Cardiology, Cor et Vasa 56 (2014) e168–e188.
5. Rosolová H, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with EASD. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology, Cor et Vasa 56 (2014) e189–e204.
6. www.hypertension.cz
7. www.dableducational.org

Článek přijat redakcí: 6. 1. 2015

Článek přijat k publikaci: 10. 3. 2015

MUDr. Barbora Nussbaumerová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie,
II. interní klinika LF a FN v Plzni
E. Beneše 13, 305 99 Plzeň
nussbaumerova@fnplzen.cz