LÉČEBNÝ ALGORITMUS SPECIALISTY NA HYPERTENZI

J. Peleška [1,2], Z. Anger [3], D. Buchtela [1], M. Tomečková [1], A. Veselý [1], J. Zvárová [1]

[1]EuroMISE centrum, Ústav informatiky AV ČR, v.v.i., [2]III. interní klinika VFN, [3]II. interní klinika VFN, Praha

Cíl

Platná doporučení pro léčbu hypertenze (LD) příliš neomezují lékaře ve výběru léčby u konkrétního hypertonika. Na druhé straně však může být návrh krátkého algoritmu specialisty užitečný pro primární péči.

Metody a výsledky

Navržený algoritmus léčby hypertenze vznikl na podkladě LD a dalších jak praktických (ze zkušenosti), tak teoretických kritérií, jako je srdeční frekvence (SF) odrážející aktivitu sympatiku, snášenlivost léku a jeho mechanismus účinku, zda působí stimulaci presorických faktorů sdruženou s nežádoucími trofickými a metabolickými účinky jako regulační odpověď na pokles TK; dávkování, kombinace léků, jejich účinnost, vzájemné potlačení nežádoucích účinků. Proto se ACEI jevily jako nejlepší léková třída pro monoterapii u nekomplikované hypertenze již mnoho let před recentními studiemi, které přinesly přesvědčivější důkazy. Vzhledem ke svým protektivním účinkům jsou ACEI indikované také ve starším věku přes jejich možná slabší antihypertenzní účinek (na rozdíl od recentních britských LD). Podle potřeby je lze kombinovat s kalciovým antagonistou (BKK)a/nebo s diuretikem k rozšíření spektra dobré účinnosti do staršího věku.

ACEI by se tak nepodávaly se zpožděním při již vyvinutém orgánovém poškození nebo přidruženém klinickém stavu. ACEI může zredukovat perimaleolární edém způsobený BKK. Když jsou indikované betablokátory (BB), měla by se dát přednost kombinované léčbě malými dávkami před monoterapií BB kvůli zmenšení jejich nežádoucích účinků. Kombinace BB s alfablokátorem je účinná a farmakologicky vyvážená bez stimulace presorických faktorů. Kombinace BB+ACEI může redukovat výskyt diabetu de novo ve srovnání se samotným BB, ale její antihypertenzní účinek je slabý. U pacientů s relativně vyšší SF (asi 75-85 tepů/min.) je lékem prvé volby nedihydropyridinový BKK, nejlépe v kombinaci s ACEI. U ještě vyšší SF podáme BB v kombinacích. Vyšší TK před ranní dávkou lze lépe korigovat podáním léků v kombinaci 2x denně než 1x denně, což omezí i riziko dopolední hypotenze.

Závěr

Přenositelná část know-how hypertenzních specialistů může urychlit nalezení optimální léčby (dávkování a kombinace, atd.) v primární péči buď v papírové, nebo lépe v počítačové formě léčebného algoritmu specialisty na hypertenzi pomocí GLIF modelu, dříve prezentovaného ve formalizovaných LD (EJBI 2005 - ***http://www.ejbi.org/*** a jejich funkční verzi - ***http://www.euromise.cz/***).

Hypertenze s orgánovým poškozením nebo/a přidruženým onemocněním nebo/a DM nebo MS

Výběr léků nejdříve podle požadavků sekundární prevence doplněný postupným přidáním léků doporučených pro nekomplikovanou hypertenzi. Při diabetu (DM) a metabolickém syndromu (MS) je indapamid přednostně užívané diuretikum a BB by se (pokud možno) neměly používat.

NEKOMPLIKOVANÁ HYPERTENZE U ASYMPTOMATICKÝCH JEDINCŮ

Srdeční frekvence (tep) < 75/min

ACEI - malé až střední dávky
(při netoleranci ACEI změnit za ARB)
Kontrola výběru léku v elektronické tabulce kontraindikací a indikací antihypertenzív

Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby změnit na dávkování 2x denně

+ BKK obvykle dihydropyridinového typu (DHP)

Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby změnit na dávkování 2x denně

+ diuretikum (D)

indapamid (přednostně 1.25 mg)
nebo thiazid
(maximálně 12.5 mg hydrochlorothiazidu)

Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby přidat večerní a/nebo noční dávku léků
(ne po CMP)

při neúspěchu nejlépe odeslat ke specialistovi

periferní alfablokátor (AB) nebo/a BB nebo/a ARB nebo/a centrální agens (CA)

Alternativní léčba při netoleranci ARB:

BKK
+ D nebo BB nebo AB nebo CA
Léčba trojkombinací:
BKK + BB + AB
BKK + D + CA
BKK + D (přednostně indapamid) + BB

Alternativní léčba při netoleranci ARB a BKK:

BB výjimečně jako monoterapie, přednostně BB + AB
(BB v minimální účinné dávce z hlediska tepu)

Tep 75 - 85/min

nedihydropyridinové BKK (N-DHP BKK)
(nevhodný při existující zácpě)
místo něj výjimečně BB

Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby změnit na dávkování 2x denně

+ ACEI (ARB)

Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby změnit na dávkování 2x denně

+ diuretikum

Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby přidat večerní a/nebo noční dávku léků
(ne po CMP)

Tep > 85/min

BB nebo ivabradin + ACEI?
vyjímečně jako monoterapie, přednostně BB + ACEI (ARB) nebo BB + AB
(BB v minimální účinné dávce z hlediska tepu)

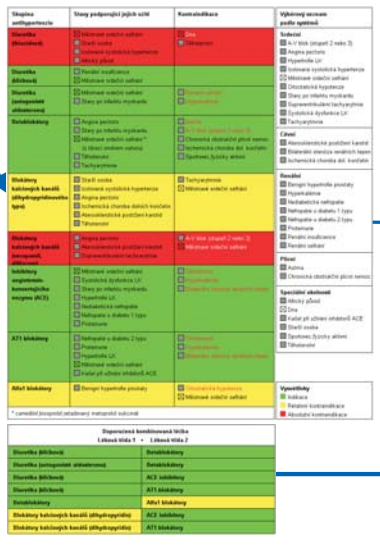
Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby změnit na dávkování 2x denně

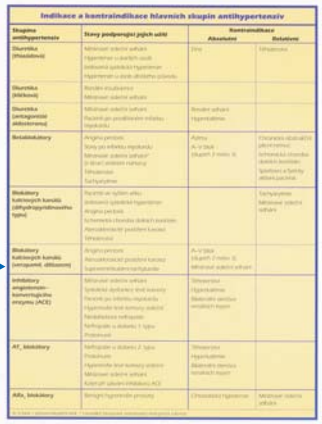
+ ACEI (ARB) nebo AB

Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby změnit na dávkování 2x denně

+ ACEI (ARB) a/nebo AB
(+ DHP BKK nebo D)

Kontrola TK (v ordinaci, lépe v ordinaci i doma) před ranní medikací, podle potřeby přidat večerní a/nebo noční dávku léků
(ne po CMP)





Adresa pro korespondenci

MUDr. Jan Peleška, CSc.
e-mail: peleska@euromise.cz

EuroMISE Centrum, Ústav Informatiky, AV ČR, v. v. i.,
182 07 Praha 8, Pod Vodárenskou věží 2

S podporou projektu 1ET200300413 Akademie věd ČR., v. v. i.