



akceptovat („no, občas na tablety zapomenu, ale to se asi moc neděje“). Druhým podstatným krokem je pacientovi léčbu a její užívání co možná nejvíce usnadnit. Již elementární zásobník na léky (kam si pacient denní dávky předpřipravuje) může hodně pomoci, se zcela minimálními náklady. Snadno dostupné jsou také např. mobilní aplikace, pacientovi nutnost užití léčby signalizující (i když toto bude asi šířeji použitelné až pro „nastupující generace“ kardiaků). Do praxe již ale pronikly i „high-tech“ systémy zaznamenávající, že např. tableta opustila blistr nebo lahvičku, či dokonce celé automatické vydavače léků (Obr. 2).

Asi nejzásadnějším v současné době již dostupným opatřením ke zlepšení adherence je ale pacientovi co možná nejvíce léčbu zjednodušit ve smyslu počtu požitých tablet pomocí fixních kombinací. Již koncem 90. let byl epidemiology formulován teoretický koncept tzv. „polypill“. Původní myšlenka však byla koncipována pro potřeby primární prevence, kdy by všem osobám od určitého věku (hovořilo se o 55 letech) byla paušálně předepsána jedna pilulka obsahující všechny látky s prokázaným preventivním účinkem (o složení se dosti polemizovalo, ale vždy měl „polypill“ celkem pochopitelně zahrnovat statin). Tento koncept do praxe (asi z dobrých důvodů) nikdy uveden nebyl, ale místo toho se objevily fixní kombinace léčiv. Pro hypertoniky zatím máme k dispozici až trojkombinaci antihypertenziv, dále pak bohatě dvojkombinaci antihypertenziv a antidiabetik (plus několik málo dvojkombinací hypolipidemik) či dokonce i trojkombinace hypolipidemikum + antihypertenziva (statin + RAAS blokátor + BKK). Pro pacienty po infarktu myokardu nebo se stabilní ICHS v rámci sekundární prevence je možné využít fixní kombinaci beta-blokátoru a ACE inhibitoru (např. bisoprolol + perindopril). Jakýsi „polypill pro sekundární

prevenci“ bohužel ale zatím neexistuje (což je škoda, protože terapie v sekundární prevenci ICHS má dosti paušální charakter a o tuto formu si vysloveně říká). Ostatně i recentní Doporučení již vysloveně preferují fixní kombinace jak pro léčbu hypertoniků (15), tak i pro pacienty v sekundární prevenci infarktu myokardu (16).

Je celkem jasné, že pro pacienta je pohodlnější užívat méně tablet a nelze pominout ani určitý podprahový psychologický benefit („...ten, kdo užívá méně tablet, je zdravější, než ten, kdo jich musí užívat více...“ – i když fakticky je toto tvrzení samozřejmě nesmysl, subjektivně je to takto mnohdy pacienty vnímáno). Existují ale i poměrně přesvědčivé důkazy superiority fixních kombinací nad těmi volnými (tj. oddělenými tabletami). Především je prokázáno, že celková adherence obecně klesá s počtem předepsaných tablet a že naopak prosté snížení počtu tablet vedlo paradoxně spíše ke zlepšení zdravotního stavu (ve smyslu symptomů, kvality života, vnímání zdravotního stavu, ale dokonce i některých objektivních ukazatelů) (17). Již klasická meta-analýza z roku 2010 prokázala, že adherence je u fixních kombinací asi o 20 % vyšší, než je tomu u kombinací volných (18) (a tento výsledek byl znovu potvrzen v loňském roce v jiné podobné meta-analýze (19)). Existují ale i důkazy lepší antihypertenzní účinnosti fixní kombinace oproti ekvivalentní léčbě ve volné kombinaci (20) a podobně máme k dispozici meta-analýzu prokazující, že fixní kombinace antidiabetik byla spojena s optimálnější kontrolou parametrů glukozového metabolismu (21). Za asi nejslibnější důkaz lze ale v tomto směru označit studii Simonse a kolegů, kteří prokázali na souboru asi 3 100 hypertoniků, že fixní kombinace perindoprilu s amlodipinem byla provázena nejen lepší dlouhodobou perzistencí na léčbě (adherencí) než volná kombinace