



u pacientů užívající ASM s dlouhým $t_{1/2}$ významně nižší než u pacientů užívajících ASM s krátkým $t_{1/2}$, jak ukazuje retrospektivní analýza zahrnující 4 984 pacientů (Cramer et al., 2019). Léky s dlouhým $t_{1/2}$ a tedy dávkováním 1x denně tak vedou u pacientů k lepší adherenci, nižší fluktuaci hladin, nižšímu výskytu průlomových záchvatů, větší kapacitě „odpustit“ pacientovi vynechanou dávku, nižšímu počtu hospitalizací a lepší kvalitě života (Gidal et al., 2021). Názorně tyto výhody ilustruje další recentní studie, zabývající se pacienty s nedostatečně kompenzovanou epilepsií, která je dána nízkou adherencí k léčbě. U těchto nemocných se kompenzace epilepsie zlepšila, když přejdou z preparátu užívaného vícekrát denně na lék užívaný pouze jedenkrát denně (Kim et al., 2021). Mezi moderní ASM s dlouhým poločasem podávané standardně jednou denně řadíme především PER, eslikarbazepin (ESL) a ER formy některých ASM. Dále lze jednou denně efektivně podávat i ZNS a LTG. Jak již bylo zmíněno, TPM, PHT a ETX mají sice také dlouhý poločas, ale podáváme je rozděleně ve dvou denních dávkách. Velmi dlouhý poločas má i fenobarbital (PB), nicméně jej v léčbě využíváme výjimečně. Při výběru ASM je však třeba vždy dodržovat indikační kritéria (např. PER je schválen jen jako přídatná léčba). Léky s dlouhým $t_{1/2}$ mají i své nevýhody. Jedná se především o delší trvání titrace (a dobu dosažení rovnovážné plazmatické hladiny), a proto se nehodí k řešení urgentních situací. Ve všech ostatních případech však nabízí proti ASM s krátkým poločasem klinicky relevantní výhody.

Na závěr uvádíme názornou kazuistiku

Jedná se o 63letou ženu s farmakorezistentní epilepsií spánkového laloku vpravo od 6 let věku. Trpěla frekventními fokálními záchvaty s poruchou vědomí (focal onset impaired awareness seizures – FIAS) v počtu 10/měsíc

a fokálními záchvaty přecházejícími do bilaterálních tonicko-klonických (focal to bilateral tonic-clonic seizures – FBTCs) v počtu 2/měsíc. V záchvatech se často poranila (fraktury, popáleniny). Léčena byla LEV (3 000 mg/den) a ESL (400 mg/den – vyšší dávky netolerovala). V předchozím období vyzkoušela celou řadu antiepileptik (CBZ, LTG, PHT, PB, klonazepam, lakosamid). Pro vysokou frekvenci záchvatů byl do terapie zaveden PER, postupně titrovaný do 8 mg/den. FBTCs vymizely zcela a frekvence FIAS klesla o 80 %. Po došetření byla pacientka zhodnocena jako vhodná kandidátka chirurgické léčby epilepsie a podstoupila anteromediální temporální resekci vpravo. Histologicky se jednalo o hipokampální sklerózu typ I (dle klasifikace ILAE 2013). Medikace byla ponechána beze změn. Pooperačně byla 8 měsíců bez záchvatů. Následně se u pacientky objevily tři FBTCs během jedné noci. Zpětně bylo zjištěno, že si pacientka cíleně vysadila PER, aniž by se poradila s ošetřujícím lékařem. Chtěla vyzkoušet, zda by bylo možné lék vysadit, když už je 8 měsíců bez záchvatů. Záchvaty se u ní objevily 72–80 hodin po vysazení PER. Po znovuzavedení PER do léčby je pacientka plně kompenzována (nyní 4,5 let od operace). Pokračuje v léčbě kombinací LEV (3 000 mg/den) a PER (8 mg/den), ESL byl následně vysazen. Při noncompliance pacientky došlo, díky dlouhému eliminačnímu poločasu, k recidivě záchvatů po více než 72 hodinách po vysazení léku. Tento případ prakticky ilustruje, jak dlouho po vysazení přetrvává léčivo s dlouhým $t_{1/2}$ v terapeutických hladinách. Takto může zabránit recidivě záchvatů při náhodném (neúmyslném) vynechání i několika dávek léku za sebou.

Z klinického hlediska je eliminační poločas velmi důležitý údaj, který by měl být brán v potaz při volbě léku. Léčiva s dlouhým poločasem nabízejí velmi důležitou stabilitu plazmatických hladin. U těchto léků trvá delší do-