

Kardiovaskulární riziko a kombinační terapie v praxi roku 2024

MUDr. Libor Jelínek, Ph.D.

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace Fakultní nemocnice Olomouc

Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou mortality nejen v České republice, ale i ve většině zemí světa, se stále se zvyšující prevalencí. Jedněmi z hlavních ovlivnitelných rizikových faktorů vzniku jsou arteriální hypertenze a dyslipidemie. Léčba se skládá z nefarmakologických opatření, především změn ve stravě a navýšení množství pohybové aktivity, a dále z farmakoterapie. Zásadním faktorem úspěchu léčby je adherence k medikaci, která může být zvýšena použitím kombinovaných preparátů. Intervencí rizikových faktorů včas se prodlouží délka života ve zdraví, což je významnější ukazatel než samotná délka života.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, dyslipidemie, kardiovaskulární prevence.

Cardiovascular risk and combination therapy in practice of 2024

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality not only in the Czech Republic, but also in most countries of the world, with an ever-increasing prevalence. Arterial hypertension and dyslipidaemia are among the main risk factors for the development of CVD. Treatment is comprised of non-pharmacological measures, mainly changes in diet and increasing the amount of physical activity, as well as pharmacotherapy. Adherence to medication, which can be increased by the use of combination preparations, is a crucial factor in the success of treatment. Early intervention of risk factors will increase the length of life in good health, which is a more important indicator than life expectancy itself.

Key words: arterial hypertension, dyslipidemia, cardiovascular prevention.

Kardiovaskulární onemocnění jsou, a podle aktuálních trendů stále budou, nejvýznamnější příčinou mortality a morbidit globálně (1). Věk manifestace rizikových faktorů KV onemocnění se zásadně nemění, nebo spíše snižuje s nastupující epidemií obezity v mladém dospělém, i dětském věku. Tento negativní trend je ještě více umocněn demografickým vývojem společnosti, procentuálně i absolutně přibývá počet osob ve vyšších věkových kategoriích. Kvůli tomuto rostoucímu průměrnému věku populace a rostoucí délce dožití významně narůstá velikost populace s rozvinutým KV onemocněním. Léčba stále většího počtu nemocných lidí vede k vysoké finanční zátěži zdravotního systému, jehož kapacita není nekonečná.

Dále postupně dochází ke zvyšování věku nástupu do starobního důchodu. Pokud má ale člověk ve stále vyšším věku efektivně pracovat,

musí být co nejdéle co nejzdravější. Je třeba, aby narůstal nejen celkový věk dožití, ale především tzv. věk dožití ve zdraví. Jedná se o délku života bez manifestních (nejen kardiovaskulárních) onemocnění, které snižují pacientem subjektivně vnímaný pocit vlastního zdraví (2).

K posunutí manifestace KV onemocnění do vyššího věku je třeba intervenovat rizikové faktory. Neovlivnitelné (mužské pohlaví, věk, neodhalené faktory dědičnosti) změnit nelze, tím více je třeba se zaměřit na ty ovlivnitelné. Z pohledu KV prevence především hladinu cholesterolu, výšku krevního tlaku a užívání tabákových výrobků.

V České republice tato opatření ve srovnání se západní Evropou nejsou stále dostatečně prevalentní. Podle dat z let 2015–2018 trpí arteriální hypertenzí v České republice 48,6 % mužů a 32,4 % žen a kontrolovaná je jen u 33,9 %

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

Not applicable.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr.: Med. Praxi. 2024;21(5):315-319

<https://doi.org/10.36290/med.2024.048>

Článek přijat redakcí: 14. 10. 2024

Článek přijat k tisku: 17. 10. 2024

MUDr. Libor Jelínek, Ph.D.

jelineklibor@gmail.com

pacientů (3). V západní Evropě se jen samotná prevalence pohybuje okolo 20 % (4). Podobně v případě dyslipidemie je prevalence 80,5 % mužů a 72,7 % žen ve stejném souboru jako výše, léčeno bylo ale jen 12 % populace (3). Průřezová studie z různých evropských zemí EURIKA udává prevalenci dyslipidemie okolo 20 % a 45 % pacientů dostávalo léčbu (5).

Základem léčby jsou režimová opatření. Každý člověk benefituje z navýšení pohybové aktivity na doporučených 150–300 minut středně intenzivní, nebo 75–150 vysoce intenzivní. Dále z normalizace hmotnosti a zlepšení stravovacích návyků například na základě středomořské nebo „DASH“ diety (6).

Změna životního stylu je ale obvykle běh na dlouhou trať. Málokdy se v klinické praxi jedná o dostatečně rychlé a intenzivní opatření. Většinou je nutné zahájit i účinnou farmakoterapii. Tato opatření se navzájem nevylučují, farmakoterapii lze v případě excelentního efektu nefarmakologických opatření deeskalovat, nebo dokonce v relativně vzácných případech zcela vysadit.

Zásadním problémem kardiovaskulární prevence ve formě farmakoterapie je adherence k medikaci. Ani dyslipidemie, ani arteriální hypertenze „nebolí“. Pacient málokdy po zahájení léčby cítí nějakou změnu. Negativně také působí různé formy především na internetu šířených dezinformací o pozitivních i negativních účincích léků.

Je třeba tedy na adherenci myslet, pacienta dostatečně informovat o efektu terapie. Například vysvětlit na cévním věku preventivní efekt terapie. Také je vhodné zmínit častější nežádoucí účinky. Pacient má pak větší důvěru ve svého lékaře. Na adherenci má pozitivní vliv volba léků s jednoduchým dávkovacím schématem, jedenkrát denně, a v závislosti na pacientově medikaci v jednu denní dobu. Dalším z možných opatření zjednodušení léčebného režimu je kombinační terapie v jedné tabletě. Pokud si pacient nemusí vzpomínat na to, že musí užít více léků,

stoupá jeho adherence. Podobně odpadá problém různých balení, které mohou dojít v různou dobu a pacient si nezajistí ihned opakovaný předpis u svého lékaře.

Rizikové faktory KV onemocnění patří mezi tzv. civilizační onemocnění a mají do značné míry společné příčiny v životním stylu. V případě diagnózy buď arteriální hypertenze, nebo dyslipidemie je třeba pátrat i po druhé nozologické jednotce. Velmi často se stává, že se nasazuje terapie obou onemocnění zároveň. Vhodné je pak rovnou využít kombinačních preparátů a omezit množství tablet nasazovaných naráz, toto se u pacientů shledává s pozitivním ohlasem. Další výhodou této kombinační terapie je vzájemná možnost ověření adherence u pacienta, pokud klesla sérová hladina cholesterolu, je pacient adherentní i k léčbě hypertenze a podobně v případě adekvátního poklesu krevního tlaku je pacient adherentní i ke statinům.

Po velkou část z nich se jedná o první léky na chronická onemocnění, a tím určitým prvním setkáním s projevem stárnutí. I přes toto negativní vnímání medikace je vhodné s farmakoterapií neotálet, časná léčba je nákladově efektivní a vede k oddálení manifestace KV onemocnění, a tím k prodloužení věku dožití ve zdraví (7).

Kazuistika

45letý pacient s BMI 29 kg/m², nekuřák po dobu 10 let, se léčí 5 let s arteriální hypertenzí a dyslipidemií kombinací perindopril 5 mg 1-0-0 a atorvastatin 10 mg tbl. 0-0-1. Z dostupné dokumentace a anamnézy pacienta se jeho krevní tlak pohybuje okolo 145–150/90 mmHg u lékaře a 140/85 při domácím měření. LDL cholesterol se na dávce statinu prakticky nezměnil, při nasazení medikace byl okolo 3,5 mmol/l, při kontrolách osciloval mezi 3 a 3,5 mmol/l. Podle SCORE2 má pacient 10leté riziko fatální i nefatální KV příhody 4,5 %, což spadá už do středního rizika a LDL cíl je pod 2,6 mmol/l, který nesplňuje. Při

rozhovoru pacient udává, že antihypertenzi-
vum bere pravidelně, ale na statin zapomíná, protože večerní rutinu nemá tak pravidelnou jako ranní. Monoterapii hypertenze dle doporučených postupů lze u nekomplikovaného onemocnění a mladého pacienta nasadit, zde ale nedošlo ke kontrole krevního tlaku ani po několika letech užívání stejného léku ve stejné dávce. K oběma užívaným lékům byl přidán amlodipin 5 mg a následně byly separátně užívané léky nahrazeny fixní trojkombinací Lipertance obsahující perindopril 5 mg, amlodipin 5 mg a atorvastatin 10 mg. Tato kombinace ukázala v primární prevenci superiorní efekt na kombinaci výskytu závažných kardiovaskulárních příhod, incidence diabetu a hyperurikemie oproti jiným ACE inhibitorům, nepřítomnosti blokátorů kalciového kanálu a nepřítomnosti statinu (8). Pacient může pokračovat v pravidelném užívání jedné tabletky ráno a nemusí večer myslet na další. Efekt se při kontrole po měsíci užívání dostavil, krevní tlak při domácím měření (14 dní ráno, večer 3x, první měření do průměru nezapočítávat) byl 128/77 mmHg a LDL cholesterol 2,5 mmol/l i při nízké dávce statinu. S touto hodnotou se dle doporučených postupů lze v primární prevenci spokojit. Samozřejmostí je i doporučení režimových opatření – změna stravy a pravidelná pohybová aktivita.

Závěr

Existují rezervy v diagnostice i léčbě hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Včasná diagnostika a odpovídající léčba posune manifestaci závažných, invalidizujících, komplikací do vyššího věku. Nefarmakologická opatření, ale i základní farmakoterapie arteriální hypertenze a dyslipidemie ve formě fixní kombinace se, nejen vzhledem k narůstajícím nákladům zdravotního systému (nejen v České republice), jeví jako správná cesta.

25C1LIPAR155

LITERATURA

1. Roth GA, Mensah GA, Fuster V. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks: A Compass for Global Action. *J Am Coll Cardiol.* 2020 Dec 22;76(25):2980–2981. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.021. PMID: 33309174.
2. Prieto L, Sacristán JA. Problems and solutions in calcula-

ting quality-adjusted life years (QALYs). *Health Qual Life Outcomes.* 2003 Dec 19;1:80. doi: 10.1186/1477-7525-1-80. PMID: 14687421; PMCID: PMC317370.

3. Cífková R, et al. Prevalence hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění v české populaci v letech 2015–

2018. *Studie Czech post-MONICA. Cor Vasa.* 2020;62(1):6–16. doi: 10.3367/cor.2020.010.

4. Pinho R, Albini F, Nemcsik J, et al. European Society of Hypertension – general practitioners' program hypertension management: focus on general practice. *Blood Press.* 2023

INZERCE

INZERCE

Dec;32(1):2265132. doi: 10.1080/08037051.2023.2265132. Epub 2023 Oct 15. PMID: 37840300.

5. Halcox JP, Banegas JR, Roy C, et al. Prevalence and treatment of atherogenic dyslipidemia in the primary prevention of cardiovascular disease in Europe: EURIKA, a cross-sectional observational study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017 Jun 17;17(1):160. doi: 10.1186/s12872-017-0591-5. PMID: 28623902; PMCID: PMC5473961.

6. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al; ESC National Cardi-

ac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484. Erratum in: *Eur Heart J.* 2022 Nov 7;43(42):4468. doi: 10.1093/eurheartj/ehac458. PMID: 34458905.

7. Oude Wolcherink MJ, Behr CM, Pouwels XGLV, et al. Health Economic Research Assessing the Value of Early Detection of Cardiovascular Disease: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics.* 2023 Oct;41(10):1183-1203. doi: 10.1007/

s40273-023-01287-2. Epub 2023 Jun 16. PMID: 37328633; PMCID: PMC10492754.

8. Cicero AFG, Fogacci F, Rizzoli E, et al. Long-Term Impact of Different Triple Combination Antihypertensive Medications on Blood Pressure Control, Metabolic Pattern and Incident Events: Data from the Brisighella Heart Study. *J Clin Med.* 2021 Dec 17;10(24):5921. doi: 10.3390/jcm10245921. Erratum in: *J Clin Med.* 2022 Nov 30;11(23):7109. doi: 10.3390/jcm11237109. PMID: 34945217; PMCID: PMC8708144.