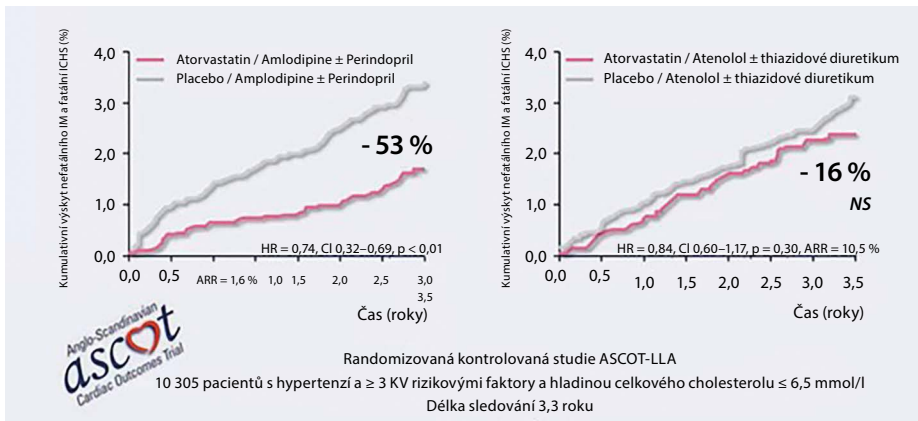
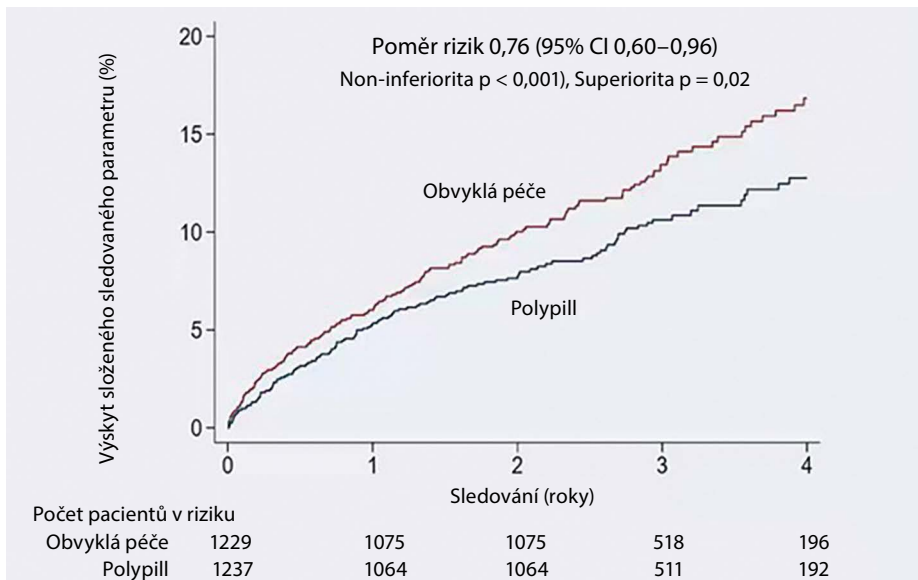


Obr. 1. Snížení rizika KV příhod při přidání atorvastatinu k perindoprilu + amlodipinu nebo k atenololu + thiazidovému diuretikum ve studii ASCOT-LLA (10)



IM – infarkt myokardu, ICHS – ischemická choroba srdeční, KV – kardiovaskulární

Obr. 2. Snížení rizika složeného parametru (KV mortalita, infarkt myokardu, ischemická cévní mozková příhoda, urgentní koronární revaskularizace) při volné a při fixní kombinaci kyseliny acetylsalicylové, statinu a ACEI u pacientů po IM nebo po CMP (17)



Z konceptu časného stárnutí cév vyplývá, že absence včasné intervence KV rizikových faktorů znamená promarněný čas, kdy dochází k postupnému ireverzibilnímu poškození stěny cév. Naopak včasná intervence může vývoj zvrátit a stárnutí cév významně zpomalit (6).

Kazuistika – 40letý muž s náhodně zjištěnou hypertenzí a dyslipidemií

U 40letého muže, který pracuje jako IT specialista, s ničím se neléčí, chodí 4–5x týdně do fitness a kouří IQOS 20 náplní/den, byl náhodně naměřen krevní tlak (TK) 154/110 mmHg. 24hodinové monitorování TK ukázalo průměrnou hodnotu 155/94 mmHg. Následně u něj byla zjištěna také dyslipidemie – celkový cholesterol 6,6 mmol/l a LDL

cholesterol 4,8 mmol/l (triglyceridy a HDL cholesterol byly v normě).

Uvedený nález u 40letého pacienta nelze bagatelizovat, přestože nejsou přítomny žádné příznaky, nález je náhodný a pacient intervenci odmítá. Takovému pacientovi lze význam hypertenze a dyslipidemie vysvětlit pomocí cévního věku. Tabulky cévního věku vycházející z tabulek SCORE ukazují na základě přítomných rizikových faktorů, jakému stáří odpovídají cévy daného pacienta (7). Na argument, že např. žena stará 50 let má cévy odpovídající 66leté ženě, nebo že 50letý muž s akumulací KV rizikových faktorů má cévní věk 90 let, pacienti obvykle dobře reagují. U popisovaného pacienta byl použit online kalkulátor cévního věku, kam se zadává věk a zjištěné rizikové faktory. Kalkulátor vypočítal

cévní věk pacienta na 62 let a 9 měsíců. Tento kalkulátor lze použít i k ilustraci efektu léčby, po dosažení hodnot TK a LDL cholesterolu dosažených při léčbě.

Léčba hypertenze je rozdělena do postupných kroků. U většiny pacientů je podle současných doporučení nutné zahájit léčbu dvojkombinací antihypertenziv, pouze asi u 20 % hypertoniků stačí monoterapie. V prvním kroku je doporučen ACEI nebo sartan + blokátor kalciového kanálu (BKK) nebo diuretikum. Dávku je třeba vytitrovat na maximální tolerovanou. Dvojkombinací antihypertenziv lze dosáhnout kompenzace TK asi u 60 % pacientů. V každém kroku léčby hypertenze jsou preferovány fixní kombinace (8). Pro tohoto pacienta zvolil lékař perindopril + amlodipin.

Kromě dvojkombinace antihypertenziv je u něj potřeba nasadit léčbu dyslipidemie. Zvolen byl atorvastatin. U pacientů s hypertenzí a dyslipidemií prokázal atorvastatin v porovnání s placebem snížení rizika KV příhod o 36 % během 3,5 let (9). Navíc bylo prokázáno synergické působení atorvastatinu s perindopilem a amlodipinem. Přidání atorvastatinu k této kombinaci ACEI + BKK vedlo ve studii ASCOT-LLA v porovnání s přidáním placeba ke snížení rizika KV příhod o 53 % během 3,3 roku (Obr. 1) (10).

Jak zlepšit adherenci k léčbě hypertenze a dyslipidemie

Asymptomatické zdánlivě zdravé pacienty s hypertenzí a dyslipidemií je třeba k intervenci KV rizika nejen přesvědčit, ale dosáhnout i dlouhodobé adherence k léčbě. Adherence k léčbě hypertenze a dyslipidemie v čase rapidně klesá. Již po 6 měsících užívá předepsanou terapii jen 36 % nemocných (11). Je to dáno asymptomatickou povahou těchto onemocnění.

Důvody non-adherence lze rozdělit do 3 skupin. Do první skupiny spadají osobnostní charakteristiky pacientů. Jde o jedince, kteří léčbu primárně odmítají, nebo na její užívání zapomínají. Tyto pacienty je třeba identifikovat a věnovat jim zvýšenou pozornost.

Asi největší skupinu pacientů s non-adherencí k léčbě tvoří jedinci, kteří nechápou, že mají vysoké KV riziko a jak toto riziko medikace snižuje. Právě u těchto nemocných je potřebná pečlivá, pravidelná a opakovaná