

edukace s využitím nástroje výpočtu cévního věku, který dokáže zvýšit jejich motivaci k léčbě. Takovým pacientům je třeba také vysvětlit, co to znamená infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda, jaké mají důsledky a dopad na kvalitu života pacienta (dušnost, otoky, omezení pohyblivosti, inkontinence apod.). Hmatatelně je možné stáří cév ukázat pomocí metod, často dostupných v ambulancích, jako je měření rychlosti šíření pulzní vlny (poměr kotníkových tlaků), pomocí něhož lze pacientovi demonstrovat tuhnutí cév a pokročilost aterosklerózy, nebo ultrasonografie karotických tepen, pomocí které je možné pacientovi vizualizovat větší tloušťku intima/media nebo aterosklerotické pláty.

Třetí skupinu pacientů s nízkou adharencí tvoří jedinci s vysokým počtem tablet, které musejí denně užívat, se složitým schématem dávkování nebo s nežádoucími účinky. S tím lze velmi dobře pracovat. Bylo prokázáno, že se stoupajícím počtem tablet denně klesá adharence (12). Studie, na které se podílela i česká centra, ukázala, že užívání 1 tablety denně nedodrží 10 % léčených, non-adharence při 2 tabletách denně se zvyšuje na téměř 20 % a zvýšení počtu předepsaných léků ze 2 na 3 opět zdvojnásobí počet pacientů, kteří nedodrží léčebný režim. Z pacientů, kteří užívají 5 tablet denně, nedodrží léčebný režim téměř 50 % a z pacientů, kteří mají denně polypil, je to většina (12).

Vysoký počet tablet u 1 pacienta lze snadno vyřešit použitím fixních kombinací. U pacientů s KV onemocněním nebo vysokým KV rizikem bylo použití fixních kombinací účinných

láték v porovnání s obvyklou péčí spojeno se zvýšením adharence o 44 % (13–16).

Již delší dobu je znám efekt fixních kombinací antihypertenziv a hypolipidemik na větší snížení TK a hladiny LDL cholesterolu v porovnání s volnými kombinacemi stejných účinných látek. Nedávná studie SECURE ale hodnotila dopad fixních kombinací těchto látek na KV riziko pacientů po IM nebo CMP. Všichni pacienti dostali standardní léčbu – kyselinu acetylsalicylovou, statin a ACEI, přičemž jedna skupina užívala tuto terapii v samostatných tabletách a druhá skupina dostala tzv. polypil obsahující všechny 3 účinné látky v 1 tabletě. Během 4 let sledování bylo u skupiny s polypil zjištěno o 24 % nižší riziko složeného sledovaného parametru zahrnujícího KV mortalitu, infarkt myokardu, ischemickou cévní mozkovou příhodu a urgentní koronární revaskularizaci (HR = 0,76, p = 0,02), (Obr. 2). Navíc KV mortalita byla u pacientů s polypil o 33 % nižší než při standardní léčbě. Tato studie jako první prokázala mortalitní přínos při používání fixních kombinací s cílem zlepšení adharence k léčbě (17). Znamená to o třetinu KV úmrtí méně pouze díky použití fixní kombinace.

Fixní kombinace perindoprilu, amlodipinu a atorvastatinu

Přínos fixních kombinací dokládají i výsledky dosažené s konkrétním přípravkem obsahujícím fixní kombinaci perindoprilu, amlodipinu a atorvastatinu (Lipertance®) v porovnání s fixní dvojkombinací perindopril + amlodipin ve volné kombinaci s atorvastatinem. Zatímco trojkombinace podávaná ve 2 tabletách vedla

ke snížení rizika velkých KV příhod (srdeční selhání, fibrilace síní, akutní koronární syndrom, koronární revaskularizace, CMP, intermitentní klaudikace, akutní ischemie končetin, recidivující ischemická příhoda, náhlá smrt) o 9 %, stejná trojkombinace v jediné tabletě denně dosáhla 18% snížení rizika těchto příhod (18). Fixní kombinace perindoprilu, amlodipinu a atorvastatinu je k dispozici v různých kombinacích sil, takže ji lze využít v nízkých dávkách u mladších pacientů, u nichž se zahajuje léčba, ve vyšších dávkách u starších polypragmatických pacientů, kde využitím fixní kombinace sníží počet denně užívaných tablet, ale i třeba u obézních diabetiků nebo pacientů starších 60 let.

Závěr

Hypertenzi a dyslipidemii je výhodné intervenovat včas a současně. U pacientů s nově zachycenou hypertenzí je na místě pátrat také po případné dyslipidemii a využít společnou intervenci obou rizikových faktorů najednou, nejlépe ve fixní kombinaci. Včasná léčba může být navíc méně agresivní, protože využívá dlouhodobý efekt malého snížení rizikových faktorů. Účinným nástrojem pro zvýšení motivace pacientů k léčbě těchto asymptomatických poruch je cévní věk. Informace o cévním věku a jeho vývoji během léčby dokáže zvýšit adharenci, podobně jako využití fixních kombinací antihypertenziv a hypolipidemik, které lze pacientům podávat jako „elixír mládí“ v jediné tabletě denně hrazené ze zdravotního pojištění.

24C2LIPAR768

LITERATURA

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455.
2. Vráblík M, Piňha J, Blaha V, et al. Stanovisko výboru České společnosti pro aterosklerózu k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2019. Hypertenze a KV prevence 2019;2:68-77.
3. Čilíková K. Čas, klíčový hráč v redukci srdečněcévního rizika. Medical Tribune 25/2019. Available from: <https://www.tribune.cz/archiv/cas-klucovy-hrac-v-redukci-srdecnecevnioho-rizika/>.
4. Ference BA, Bhatt DL, Catapano AL, et al. Association of Genetic Variants Related to Combined Exposure to Lower Low-Density Lipoproteins and Lower Systolic Blood Pressure With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease. JAMA. 2019 Oct 8;322(14):1381-1391. doi: 10.1001/jama.2019.14120. PMID: 31475726; PMCID: PMC6724415.
5. Burger PM, Dorresteyn JAN, Koudstaal S, et al. Course of the

- effects of LDL-cholesterol reduction on cardiovascular risk over time: a meta-analysis of 59 trials. Eur heart J 2023;44(Suppl 2):ehad655.2515.
6. Olsen MH, Angell SY, Asma S, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. Lancet. 2016 Nov 26; 388(10060):2665-2712.
7. Cuende JI, Cuende N, Calaveras-Lagartos J. How to calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation. Eur Heart J. 2010 Oct;31(19):2351-2358.
8. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023 Dec 1;41(12):1874-2071.

9. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR, et al; ASCOT investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial–Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2003 Apr 5;361(9364):1149-1158.
10. Sever P, Dahlöf B, Poulter N, et al; ASCOT Steering Committee Members. Potential synergy between lipid-lowering and blood-pressure-lowering in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. Eur Heart J. 2006 Dec;27(24):2982-2988.
11. Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. Arch Intern Med. 2005 May 23;165(10):1147-1152.
12. Gupta P, Patel P, Strauch B, et al. Biochemical Screening for Nonadherence Is Associated With Blood Pressure Reduction and Improvement in Adherence. Hypertension. 2017 Nov;70(5):1042-1048.
13. Castellano JM, Sanz G, Fernandez Ortiz A, et al. A po-