

CORE Roadshow Pfizer

Praha, 20. 2. 2008

**PharmDr. Vladimír Végh,
Edukafarm, Praha**

Nejnovější evropská série vzdělávacích symposií CORE Roadshow Meeting, společnosti Pfizer, přinesla českým lékařům přednášky tří významných světových odborníků z oblasti kardiologie a umožnila tak zprostředkovat a prodiskutovat aktuální názory na léčbu celkového kardiovaskulárního rizika.

Symposium zahájil prof. Jean-Jacques Mourad, Paris XIII University and Avicenne Hospital, Bobigny, Francie. Těžiště své přednášky položil na komplexní přístup k léčbě kardiovaskulárních (KV) onemocnění. Zaměřil se hlavně na rizikové faktory zapojené do geneze KV onemocnění a možnosti jejich ovlivnění. Hypertenze je vždy víc než jen samotný vysoký krevní tlak. Celkové riziko morbidity a mortality výrazně ovlivňují další rizikové faktory, ať už neovlivnitelné, jako je např. věk, pohlaví, rodinná anamnéza, diabetes, socio-ekonomický status (příp. těžko ovlivnitelné jako kouření, nadváha), nebo ovlivnitelné faktory, jako je výška samotného krevního tlaku a plazmatický lipidový profil. Kombinace hypertenze a tří nebo více rizikových faktorů se přitom ve střední a východní Evropě vyskytuje u 94,0–94,3 % pacientů, v západní Evropě o něco méně (91,6 %). Zajímavým faktem je výrazně nižší výskyt u pacientů v Japonsku (73,0 %). Celkové riziko KV onemocnění při kombinaci rizikových faktorů přitom není dané jejich součtem, ale spíše násobkem. Násobení rizika jednotlivých faktorů způsobuje, že nejvyšší mortalita se nepozoruje u mimořádně zvýšeného izolovaného rizikového faktoru, ale u kombinace i mírně zvýšených více faktorů. Zvláštní péči je proto potřeba věnovat zejména pacientům s neovlivnitelnými výchozími rizikovými faktory a u těchto skupin pacientů se zaměřit na primární prevenci. U všech těchto pacientů by se proto léčba měla zaměřit na prevenci ovlivnitelných rizikových faktorů, jako je úprava lipidového profilu/snížení hladin cholesterolu a krevního tlaku, i když ještě nedosahují extrémních hodnot.

Prof. Leif Erhardt, Lund University, Švédsko, se ve své velmi zajímavé přednášce zaměřil především na často podceňovaný význam efektivní spolupráce pacienta na jeho vlastní léčbě v domácím prostředí a důležitost skutečné in-

formovanosti pacientů o rizicích a vyvolávajících rizikových faktorech KV onemocnění. Jelikož jsou KV onemocnění poměrně bezpříznaková, pacienti si je často nedostatečně uvědomují, mají pocit, že „se to stává jiným“, že s rizikovými faktory nemohou nic udělat, mají to vrozené apod. Spousta pacientů podléhá tzv. „mýtu Winstona Churchilla“ – tj. dlouhověkost spojená s nezdravým životním stylem. Pouze 45 % pacientů identifikuje KV onemocnění jako nejčastější příčinu úmrtí ve vyspělých civilizacích. I když doporučené hodnoty krevního tlaku zná asi 69% veřejnosti, pouze 33 % zná doporučené hladiny cholesterolu v krvi.

Důsledkem toho je nedostatečné dodržování předepsaného léčebného režimu, ať už nefarmakologických, tak i farmakologických opatření. Podle průzkumu téměř 50 % pacientů v průběhu prvního roku ukončí nebo přerušší léčbu antihypertenziv a hypolipidemikem, ve druhém roce je to dalších téměř 35 % pacientů. Jako příklad byla uvedena retrospektivní analýza programů Medicare a Medicaid v USA (34 500 pacientů, věk ≥ 65), ve které se zjistilo, že pouze 20 % pacientů užívá předepsaná antihypertenziva opravdu správně. Po 6 měsících léčby bylo správné užívání statinů pozorováno pouze u 26 % pacientů. Dodržování statinové léčby se ukázalo nejhorší v primární prevenci. U pacientů bez předchozí KV příhody nebo významných symptomů byl v průběhu dvou let zjištěn až o 20 % nižší počet těch, kteří správně užívali statiny, než u pacientů po prodělané KV příhodě nebo s významnými symptomy.

Nedostatečné dodržování farmakologického režimu je tak v praxi často opomíjeným rizikovým faktorem. Ve studii REACH-OUT bylo prokázáno, že intenzivní program péče a kontroly správného užívání předepsaných léků vede u týchž podávaných léků v porovnání se standardním přístupem ke zvýšení počtu pacientů dosahujících cílové koncentrace cholesterolu o více než 16 % celkového počtu pacientů (tj. přínos 49 %) a ke zvýšení počtu pacientů dosahujících cílové hodnoty krevního tlaku o více než 9 % z celkového počtu pacientů (tj. přínos 21 %). Počet pacientů z celkového souboru, u nichž bylo dosaženo snížení obou hodnot, byl v tomto programu o více než 11 % vyšší (tj. přínos 80 %). Tento režim však klade značné nároky na zdravotnický personál.

V praxi je další možností, jak zlepšit spolupráci pacienta při farmakologické léčbě, snížení

objektivní zátěže touto léčbou. Riziko nesprávného užívání výrazně stoupá s počtem předepsaných léků, naopak výrazně poklesne snížením počtu užívaných tablet ze dvou na jednu. Jak ukázaly předchozí studie s kombinacemi antihypertenziv a diuretik, při léčbě jednou kombinovanou tabletou vydrží daná léčiva užívat až o 15 % více pacientů než při dvou samostatných tabletách. Podobné výsledky byly nyní zjištěny ve studii CARPE-P pro antihypertenzní-hypolipidemickou kombinaci amlodipinu a atorvastatinu v přípravku Caduet. U jednodávkového režimu bylo pozorováno výrazně nižší riziko, že pacient přestane lék užívat správně, a výrazně nižší podíl pacientů, kteří přerušili svoji léčbu po 6 měsících. Kombinované přípravky tak mohou jednoduchým způsobem významně zlepšit výstupy léčby bez dalších lékových nákladů nebo nároků na zdravotnický personál.

Profesor Aleš Linhart, I. LF UK a VFN, Praha, pak ve své přednášce shrnul význam antihypertenzní terapie a současné léčby všech souvisejících faktorů a přinesl souhrnný komentář k předchozím přednáškám. Zdůrazněno bylo vzájemné propojení mezi hypertenzí a vznikem aterosklerotického poškození. Společná léčba obou těchto faktorů přispívá k výrazně lepší prognóze pacientů. Podrobně bylo probráno zejména antiaterogenní působení a na názorných příkladech byly zdokumentovány projevy a rizika aterosklerózy. Dále se přednáška věnovala výhodným farmakologickým a farmakokinetickým vlastnostem amlodipinu a atorvastatinu, které umožňují jejich jednodávkovou denní podávání. Účinnost obou látek na morbiditu i mortalitu byla doložena řadou rozsáhlých studií a jako velmi prospěšná se ukázala zejména jejich kombinace (studie ASCOT BPLA + LLA). Amlodipin má ve srovnání s jinými blokátory vápníkových kanálů (i při jejich aplikaci ve formě s prodlouženým uvolňováním) mnohem delší poločas vylučování (35–50 h). Plazmatický poločas atorvastatinu je 14 hodin a jeho aktivních metabolitů více než 24 hodin. Tyto poměrně dlouhé časy tak umožňují společnou aplikaci léků v jedné tabletě podávané jedenkrát denně, přičemž ani při občasném náhodném vynechání jedné dávky nedochází k poklesu jejich plazmatických koncentrací, který by ovlivňoval dlouhodobou perspektivu pacientů.

Závěrečná diskuse pak umožnila doplnit podrobnosti prezentovaných přednášek. Mezinárodní výměna názorů tak přinesla významné nové pohledy na problematiku celkového kardiovaskulárního rizika a bezpochyby inspirativně zapůsobila na všechny zúčastněné.