

Zaznělo na XVII. kongrese Medicíny pro praxi Olomouc, 11.–12. dubna 2019



Pacient s ICHS v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Na XVII. kongrese medicíny pro praxi, konaném 11.–12. dubna 2019 v Olomouci, zazněla zajímavá přednáška MUDr. Michaely Šnejdrové, Ph.D., ze III. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze s názvem Pacient s ICHS v ordinaci praktického lékaře. V České republice žije téměř 85 000 pacientů po prodělaném infarktu myokardu a každoročně do této skupiny přibývá 14 000 nových pacientů. Velká většina těchto pacientů je pak předávána do péče praktického lékaře a kardiologa mimo koronární intervenční centra, což na praktické lékaře klade nároky na informovanost a znalost této problematiky.

Sympatikus a RAAS a jeho postavení v etiopatogenezi nejen ICHS

V etiopatogenezi ischemické choroby srdeční, stejně tak jako v případě dalších kardiovaskulárních a metabolických onemocnění, se setkáváme s fenoménem patologické aktivace sympatického nervového systému a systému RAAS (renin-angiotenzin-aldosteron). Oba tyto systémy jsou nezbytné pro adekvátní stresovou odpověď organismu a existuje mezi nimi pozitivní zpětná vazba. Aktivita těchto systémů moduluje řadu metabolických pochodů – vede k aktivaci trombocytů a zvýšení jejich agregability a pohotovosti k hemostáze; zvyšuje periferní cévní rezistenci, tepovou frekvenci a kontraktilitu myokardu – dochází tedy ke vzestupu krevního tlaku a zvýšení srdečního výdeje; aktivuje se glykogenolýza a glukoneogeneze a snižuje se sekrece inzulínu, což se manifestuje hyperglykemií, eskalovaná lipolýza pak hyperlipidemií. Chronická hyperaktivace sympatiku a RAAS tedy může vést kromě rozvoje ICHS i ke vzniku cévní

mozkové příhody, rozvoji arteriální hypertenze, srdečního selhání, diabetu mellitu 2. typu, hyperlipoproteinemie. Sympatikem hyperstimulovaná produkce kortizolu rovněž navozuje imunosupresi.

Z výše uvedeného tedy jednoznačně vyplývá, že naše terapeutické intervence u pacientů s uvedenými onemocněními musí směřovat k potlačení právě té oné patologické hyperaktivity obou systémů, jak sympatiku, tak i RAAS.

Betablokátory u ICHS

Betablokátory jsou skupinou léků, které snižují tepovou frekvenci, ale zároveň s tím rovněž zasahují do činnosti sympatiku, jehož hyperaktivaci účinně snižují (tímto efektem se betablokátory významně liší od jiných bradykardizujících léků, jako jsou kalciové blokátory non-dihydropyridinového typu či inhibitory I_f kanálu, které přímý vliv na sympatický nervový systém postrádají). Efekt betablokátorů na srdce je pak negativně chrono, dromo, iono i bathmotropní, což ve svém důsledku vede ke snížení

metabolických nároků na srdce, zlepšuje perfuzi myokardu, snižuje krevní tlak a v neposlední řadě zvyšuje fibrilační práh. Betablokátory tedy s výhodou využíváme nejen u chronické ICHS, kde dlouhodobá farmakoterapie betablokátory snižuje riziko výskytu kardiovaskulární příhody o 29 %, ale i u pacientů po infarktu myokardu, kde tato terapie jednoznačně redukuje celkovou mortalitu, a to bez ohledu na to, zda má pacient po prodělaném infarktu přítomnou dysfunkci levé komory srdeční, či nikoliv – redukce mortality pacientů po infarktu myokardu se zachovalou ejekční frakcí je dle metaanalýzy sedmi studií se zahrnutím téměř 1100 pacientů rovna 21 %. U pacientů s chronickým srdečním selháním pak betablokátory prokazatelně redukuje morbiditu i mortalitu. Betablokátory mají své významné postavení i v léčbě pacientů s akutním infarktem myokardu, kdy při správné indikaci snižují riziko úmrtí pacienta na prodělanou akutní koronární ischemii.

Dle doporučení Evropské kardiologické společnosti pro léčbu chronické ICHS z roku



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Pavel Rutar, pavel.rutar@homolka.cz

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 2, 150 30 Praha

Cit. zkr: Med. praxi 2019; 16(3): 183–184

Článek přijat redakcí: 10. 5. 2019

2013 jsou betablokátory indikovány u pacientů s chronickou ICHS jako lék první volby ke kontrole srdeční frekvence a dále jsou doporučeny u pacientů po prodělaném infarktu myokardu s rozsáhlými oblastmi ischemie. V léčbě pacientů s chronickou ICHS a současným výskytem chronického srdečního selhání, arteriální hypertenzí či diabetu mellitu jsou pak, dle doporučení, betablokátory indikovány do kombinace léčby s inhibitory RAAS – tedy zejména ACEI.

Volba betablokátoru

Betablokátory jsou širokou skupinou molekul, které se vzájemně liší svou selektivitou k jednotlivým podtypům adrenergických receptorů. V současnosti využíváme v terapii zejména ty takzvané kardioselektivní betablokátory, vyznačující se vysokou selektivitou k β -1 adrenergickým receptorům, díky čemuž jsou významně redukovány jejich nežádoucí vedlejší účinky, se kterými jsme se setkávali zejména u starších molekul neselektivních betablokátorů (negativní metabolický dopad, snížení výkonnosti, erektilní dysfunkce...). Hojně využívanou molekulou ze skupiny kardioselektivních betablokátorů je bisoprolol. Bisoprolol je léty praxe prověřená molekula, která prošla řadou zkoumání nejen co do své účinnosti, ale i do četnosti a závažnosti výskytu jejích nežádoucích účinků. Stran metabolického efektu bylo prokázáno, že bisoprolol v kombinaci s ACEI je z hlediska rizika rozvoje nového diabetu mellitu podstatně bezpečnější než kombinace této molekuly s diuretiky či blokátory kalciových kanálů. Rovněž tak při užívání bisoprololu v populaci diabetiků 2. typu nedošlo, ani po sedmácti měsících terapie, ke zhoršení hodnot glykovaného hemoglobinu, a ani k signifikantním změnám v hodnotách HDL a LDL cholesterolu či triglyceridů. Velmi dobrých výsledků dosahuje bisoprolol i z pohledu nízkého ovlivnění kvality erekce – ve studii zaměřené na výskyt erektilní dysfunkce u pacientů na terapii bisoprololem byl výskyt erektilní dysfunkce v zalespené větvi, kdy pacienti nebyli informováni o tom, jaký lék užívají, jen 3 %.

LITERATURA

1. Rutar P. Duální inhibice sympatiku a RAAS. Med. praxi 2018; 15(3): 164-166.

Adherence pacienta k terapii

Obecně by se mohlo zdát, že po tak závažném onemocnění, jako akutní infarkt myokardu bezesporu je, bude adherence pacientů k terapii velmi vysoká. Realita je však bohužel jiná. Dle studií již po čtyřech měsících od prodělaní akutního infarktu myokardu nedodrží je předepsanou medikaci téměř každý čtvrtý pacient (22 %) a po dvou letech je procento pacientů nonadherujících k léčbě dokonce téměř trojnásobné – 64 %! Je jednoznačně prokázáno, že tato nízká adherence zvyšuje celkovou mortalitu pacientů o 74 % a nutnost koronárních reintervencí je díky nonadherenci pacientů k terapii vyšší o celých 32 %! Obecně lze říct, že adherence pacienta k terapii klesá s dobou užívání léčby. Nízká adherence se pak týká všech typů léčiv užívaných v komplexní terapii pacientů po akutním infarktu myokardu – tedy statinů, betablokátorů i jiných antihypertenziv. Jak můžeme krom monitorace hladin léčiv zjistit, zda pacient doporučenou léčbu skutečně užívá? Olomoucká studie MUDr. Kociánové zkoumala tepovou frekvenci pacientů užívajících betablokátory ve vztahu k adherenci pacienta k terapii a výsledky této studie dokazují, že pokud je klidová frekvence pacienta na terapii betablokátozem vyšší než 76 tepů za minutu, lze se specifitou 87 % a senzitivitou 63 % tvrdit, že pacient doporučenou léčbu řádně neužívá.

A jak můžeme, krom motivace a poučení pacienta, ještě dále adherenci pacienta k terapii posílit? Je jednoznačně prokázáno, že čímž větší množství tablet musí pacient užívat, tím nižší je jeho adherence k léčbě. Tedy redukcí počtu užívaných tablet a zjednodušením dávkovacího schématu, které dosahujeme využíváním preparátů obsahujících fixní kombinace léčiv, aktivně zvyšujeme adherenci pacienta k terapii.

Závěr

Pacientů s ischemickou chorobou srdeční v naší populaci neustále přibývá. Díky výborné

dostupnosti kvalitní akutní kardiologické péče v České republice také přibývá i pacientů, kteří prodělali akutní infarkt myokardu a kteří jej přežili ve velmi dobrém funkčním stavu. Aby ale efekt léčby na celkové přežití pacienta s ICHS byl co nejlepší a aby jeho kvalita života byla uspokojivá, na to pouhá samotná akutní intervence koronárních tepen nestačí. K dalšímu snížení kardiovaskulárního rizika pacienta, jeho morbidit a mortality, dospějeme pouze vhodně vedenou chronickou terapií. V chronické léčbě pacientů s ischemickou chorobou srdeční, bez ohledu na to, zda prodělali akutní infarkt myokardu, či nikoliv, mají nezastupitelné místo betablokátory a ACEI, které svým působením efektivně inhibují patologicky hyperaktivované systémy sympatiku a RAAS. Betablokátory a ACEI jsou doporučovány u pacientů s chronickou ICHS pro jejich kardioprotekci a redukcí symptomů, jsou léky první volby u hypertoniků se současným výskytem chronické ICHS, jsou jednoznačně indikovány v sekundární prevenci u pacientů po akutní koronární příhodě a zcela zásadní je tato dvojkombinace u pacientů s chronickým srdečním selháním. Z betablokátorů v klinické praxi u pacientů s ischemickou chorobou srdeční využíváme zejména β -1 selektivní molekuly, které mají minimálně vyjádřené nežádoucí účinky a jsou tedy dobře tolerované a bezpečné. Jednou z molekul vhodnou k využití v dlouhodobé terapii pacientů s ICHS je právě bisoprolol, který splňuje vše výše uvedené, a navíc disponuje oproti ostatním betablokátozům nespornou výhodou – na trhu je dostupný ve fixní kombinaci s jedním z neúčinnějších ACEI, s perindoprilem (léčebný přípravek je v České republice registrovaný pod názvem Cosyrel). Využití fixní kombinace léčiv snižuje celkový počet tablet užívaných pacientem, čímž prokazatelně zvyšuje adherenci pacienta k terapii a druhotně tak pomáhá k dosažení lepších léčebných výsledků, a tedy i k významnému snížení kardiovaskulární morbidit a mortality našich pacientů.