

Úvod, informace o léku

Kardiovaskulární onemocnění jsou stále dominující příčinou mortality ve vyspělých zemích. Cílenou intervencí **rizikových faktorů** došlo sice k regresi těchto příčin (pokles z cca 60 % na současných cca 40 % za cca 30 let), ale jsou stále před druhou nejčastější příčinou mortality – nádory. V posledních letech došlo dokonce ke stagnaci tohoto děje a toto je vysvětlováno několika faktory. I přes výrazné zlepšení povědomí obyvatel stran životosprávy je velká řada pacientů **obézních** (dokonce jich i přibývá) a s tím i dochází k nárůstu počtu pacientů s hyperglykemií, resp. **diabetes mellitus 2. typu**. Diabetik neumírá na hypo- či hyperglykémii, ale dominantně právě na kardiovaskulární onemocnění. Proto bychom u diabetiků měli co nejdříve a nejpřísněji hlídat další rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění (KVO) (kouření, arteriální hypertenzi, dyslipidemii) (1).

Další z důležitých příčin je skutečnost, že při léčbě rizikových faktorů **nedosahujeme** cílových hodnot dle doporučení odborných společností (zejména poslední společná doporučení ESC/EAS 2019) a dále **zahajujeme pozdě** farmakologickou intervenci. Tento fakt vychází jednak z neochoty pacientů v mladších, resp. středních věkových kategoriích užívat léky a jednak často i lékaři pozdě intervencují rizikové faktory (**terapeutická inercie**). Dnes nikdo nezpochybňuje, že pacient po infarktu myokardu (IM) či cévní mozkové příhodě (CMP) musí užívat hypolipidemika či antihypertenziva, ale v **primární prevenci** jsou tyto skupiny léků často i odbornou veřejností podceňované. „On zvýšený cholesterol či mírně vyšší tlak do prvního infarktu přeci nebolí.“ Proto se nyní zavádí pojem: **„cévní věk“**. De facto vychází k popisu rizika daného jedince dle tabulek **SCORE**. Ale pokud do těchto tabulek vneseme změřené či naměřené hodnoty, zjistíme, že riziko daného pacienta odpovídá zcela starší věkové kategorii, než je daného pacienta věk kalendářní! A toto je třeba si uvědomit. Nejen námi lékaři, ale takto lze jednoduše, elegantně a edukativně ukázat rizikovitost profilu daného pacienta jemu samému. A tím jej přimět lék užívat.

Víme, že **celoživotní** expozice LDL cholesterolu snížena o 1 mmol/l je spojena s 54% snížením výskytu koronárních příhod. Celoživotně **nižší systolický TK (STK)** o 10 mm Hg je spojen s 45% **snížením** výskytu **koronárních příhod**. Celoživotní expozice kombinaci LDL cholesterolu nižšího o 1 mmol/l a STK nižšího o 10 mm Hg byla spojena se 78% snížením celoživotního rizika koronárních příhod a 68% snížením celoživotního rizika úmrtí z kardiovaskulárních příčin. Přínos této intervence roste s časem – dlouhodobá expozice dokonce i malému rozdílu v hladině LDL cholesterolu a systolickém tlaku může podstatně snížit celoživotní riziko kardiovaskulárních onemocnění, pokud přetrvává v čase (Obr. 1). V tomto duchu zaznívají recentně prezentovaná nová společná doporučení European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society (ESC/EAS) (2) z roku 2019, tj. zaměřit léčbu dyslipidemie na celoživotní přístup ke snížení KV rizika a terapeutickou celoživotní intervenci s cílem dosáhnout nižších hladin LDL cholesterolu u všech úrovní rizika. A jak je popsáno v dalším textu, právě molekuly perindoprilu a atorvastatinu jednak snižují efektivně krevní tlak, resp. hladinu LDL cholesterolu, a jednak dokáží již v časném podání zabránit vzniku a dalšímu rozvoji aterosklerotických změn (např. studie PROGRESS a ASCOT-Legacy, viz dále v textu). **Moderním trendem** ve farmakoterapii jsou fixní kombinační terapie dnes již nejen jednoho rizikového faktoru, ale i současné **intervence 2 významných rizikových faktorů** aterosklerózy (arteriální hypertenze a dyslipidemie) v jedné tabletě. Od října 2019 je k dispozici fixní kombinace **atorvastatin/perindopril** (EUVASCOR, Servier), který má své místo u širokého spektra pacientů jednak v časně primární, ale i sekundární prevenci. Lék je k dispozici ve velice široké škále sil a tím dovoluje bohaté možnosti kombinací. K dispozici jsou následující kombinace:

- Euvascor 10 mg/5 mg
- Euvascor 20 mg/5 mg
- Euvascor 40 mg/5 mg

Obr. 1. Efekt snížení obou rizikových faktorů (LDL cholesterolu a systolického krevního tlaku) na celoživotní snížení kardiovaskulárního rizika. Upraveno dle Ference BA et al. JAMA. 2019 Sep 2. doi: 10.1001/jama.2019.14120.

Typ parametru	Sledovaný parametr	Počet příhod	Poměr šancí	Poměr šancí MCE na snížení LDL cholesterolu o 1 mmol/l a STK o 10 mm Hg	
				Poměr šancí (95% CI)	Poměr šancí (95% CI)
Primární	Velké koronární příhody	24,980	■	0.61 (0.59-0.64)	-78%
Hlavní sekundární	Velké kardiovaskulární příhody	26,799	■	0.65 (0.63-0.68)	
Sekundární	Úmrtí z koronárních příč in nebo nefatální IM	19,243	■	0.65 (0.62-0.68)	
	Úmrtí z koronárních příčin, nefatální IM nebo ischemická CMP	23,796	■	0.68 (0.66-0.71)	
	Nefatální IM	18,093	■	0.64 (0.61-0.67)	
	Koronární revaskularizace	8,388	■	0.53 (0.50-0.56)	
	Ischemická CMP	5,565	■	0.80 (0.74-0.87)	
	Úmrtí z koronárních příčin	2,907	■	0.69 (0.62-0.77)	-68%

CI = interval spolehlivosti, CMP = cévní mozková příhoda, IM = infarkt myokardu, LDL = lipoproteiny s nízkou densitou, MCE = velké koronární příhoda, STK = systolický tlak krve