

V roce 2018 byla publikována analýza studie ASCOT-Legacy, které se účastnilo 4 605 pacientů z větve z LLA a byla u nich po dobu 15,7 roku (medián) sledována celková a kardiovaskulární mortalita. Po tuto dobu zemřelo v placebové větvi 39,5 % pacientů a 37,3 % v atorvastatinové větvi (HR 0,85; 95 % CI 0,72–0,99; $p = 0,0395$). Tento výsledek potvrzuje dlouhodobý přínos terapie statiny ve snižování rizika úmrtí na kardiovaskulární choroby. Mechanismus tohoto dlouhodobého účinku může být dle autorů studie založen na iniciální stabilizaci aterosklerotického plátu v průběhu původní studie. Vyhodnocení studie ASCOT po 10 letech od jejího skončení ukazuje dlouhodobý přínos léčby hypercholesterolemie z hlediska mortality. Přínos léčby s časem rostl, a to dokonce i u pacientů, kteří léčbu ukončili (11).

Arteriální hypertenze a KV riziko

Prevalence arteriální hypertenze v České republice ve věkové kategorii 25–64 let se pohybuje kolem 40 % s výrazným nárůstem ve vyšších věkových kategoriích (ve věku nad 55 do 64 let má art. hypertenzi 72 % mužů a 65 % žen) (12). Etiopatogeneticky se zhruba z 90 % jedná o arteriální hypertenzi esenciální, cca 10 % se přisuzuje sekundární etiologie. Nicméně toto číslo je velice pravděpodobně vyšší, proto nemalá část sekundární art. hypertenze je nediodagnostikovaná. Nedílnou součástí péče o hypertonika je i screening event. orgánových komplikací a přidružených onemocnění. Ke stratifikaci KV rizika používáme opět tabulky SCORE (viz Obr. 1).

Nedílnou součástí terapie jsou nefarmakologická opatření: zanechání kouření, omezení příjmu alkoholu až plná abstinence, zvýšený příjem ovoce a zeleniny, omezení příjmu soli na 5 g, pravidelná pohybová aktivita 3–4x týdně 30–45 minut, redukce tělesné váhy. Většina pacientů, pokud k tomu mají vůli, reaguje na tato režimová opatření pozitivně. Nemusí to ale platit pro všechny. Víme, že někteří pacienti (nositelé alel GG genu pro angiotenzinogen) jsou necitliví na dietní omezení příjmu soli (13).

Mezi léky první volby při zahájení farmakologické terapie patří: ACE-inhibitory, AT1 blokátory, dlouhodobě působící blokátory kalciových kanálů, diuretika a β -blokátory. β -blokátory patří mezi léky volby zejména u pacientů s manifestní ICHS a u pacientů se zvýšenou sympatickou aktivitou (tachykardie...). Blokátory kalciových kanálů patří mezi metabolicky neutrální antihypertenziva a jsou skupinou vhodnou do kombinačních terapií. Princip jejich antihypertenzivního účinku je systémová vazodilatace a jejich poměrně častým nežádoucím účinkem jsou zejména periferní otoky. Diuretika jsou skupina léků s širším efektem na ledviny, nicméně jejich řekněme společným jmenovatelem je „odpuštění“ tekutiny ze systému cév. Jejich nežádoucím účinkem může být dehydratace a poruchy metabolismu minerálů. Jsou také vhodnými léky do kombinace s ostatními antihypertenzivy. AT-1 blokátory jsou léky s podobnými indikacemi jako ACE-inhibitory a jsou používány, pokud dojde k nežádoucímu účinku při terapii ACE-I, zejména kašlí. ACE-I inhibitory jsem dnes nejvíce používanou skupinou antihypertenziv pro své četné nejen antihypertenzní účinky, ale i pro svou velkou škálu pozitivních „vedlejších“ účinků, a to kardioprotektivních, nefropotektivních, vazoprotektivních a současně patří mezi tzv. metabolicky pozitivní antihypertenziva.

Renin-angiotenzinový systém (RAS) hraje významnou roli v řadě homeostatických procesů, především v regulaci krevního tlaku, vodního a minerálního prostředí. Renin štěpí angiotenzinogen na angiotenzin I. Ten je účinkem konvertujícího enzymu (ACE) přeměněn na angiotenzin II (A II). Výsledkem je pokles cévní rezistence, krevního tlaku a předtížení (preloadu) a dotížení (afterloadu) (14). Protože cestou ACE je degradován také bradykinin, dochází ke zvýšení jeho koncentrace, která se podílí na vazodilatačním účinku inhibitorů ACE.

Ze všech antihypertenziv právě inhibitory ACE prokázaly u hypertoniků schopnost účinně snížit krevní tlak a zároveň zvrátit proces kardiovaskulární remodelace. V experimentální studii perindopril prokázal schopnost snížit progresi aterosklerózy a zamezit akcelerovanému rozvoji aterosklerotických lézí (Candido C et al. 2002). Základní mechanismy jsou četné: protekce endotelu, antimitogenní a antitrombotické účinky stabilizující plát a pravděpodobně i antioxidační účinek, přičemž mnohé z nich jsou zprostředkovány právě angiotenzinem II a bradykininem.

ACEi jsou indikovány k léčbě arteriální hypertenze, v rámci základních 4 skupin terapie arteriální hypertenze. ACEi jsou indikovány zejména k terapii: při hypertrofii levé komory, při srdečním selhání a dysfunkci levé komory, u stavů po infarktu myokardu, u stavů po CMP, při ischemické chorobě dolních končetin, při diabetické a ne-diabetické nefropatii, při proteinurii, dále kde je žádoucí nezhoršit metabolické poměry při diabetes mellitus a při dyslipoproteinemii. Kontraindikovány jsou v těhotenství.

Jednoznačně průlomovou studií byla studie EUROPA s perindoprilem (15). Do této studie bylo randomizováno více než 12 000 pacientů se stabilní ICHS bez známek srdečního selhání a s poměrně nízkým rizikovým profilem. Pacienti byli randomizováni do dvou větví buď k perindoprilu 8 mg denně, nebo k placebo. Primární souhrnný sledovaný cíl (úmrtí z KV příčin, nefatální IM a zástava srdce s úspěšnou resuscitací) byl při léčbě perindoprilem během průměrné doby sledování 4,2 let snížen o 20 %, výskyt infarktu myokardu o 24 % (Graf 2). Výsledky nebyly závislé na vstupní hodnotě krevního tlaku a již užívané medikamentózní léčbě.

U 118 pacientů zařazených do studie EUROPA byl proveden intrakoronární ultrazvuk (studie PERSPECTIVE). Plochy cév, plaků a lumen

Graf 2. Rozdíl v incidenci fatálního a nefatálního infarktu myokardu ve studii EUROPA

