

Léčebné možnosti u hypertenze a hypercholesterolemie

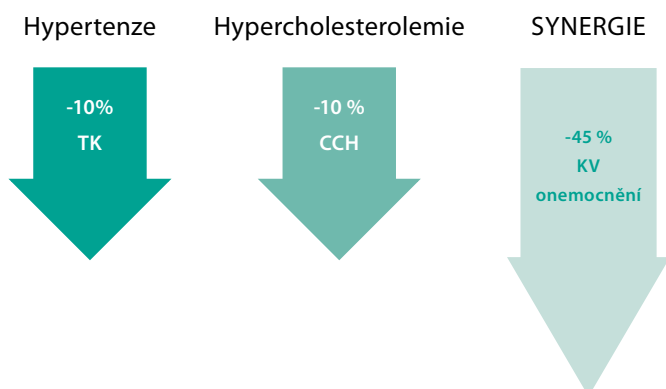
Medicína založená na důkazech ukazuje na základě velkých prospektivních intervenčních studií, že včasná léčba hypertenze významně snižuje kardiovaskulární nemocnost a úmrtnost v primární i sekundární prevenci ASKVO, ale i riziko krvácivých cévních mozkových příhod, srdeční a ledvinné selhání i celkovou úmrtnost (6). Na základě popsaného patofyziologického mechanismu společného výskytu hypertenze a HYPERCHOL je zřejmé, že lékem první volby v léčbě hypertenze u pacientů s HYPERCHOL budou inhibitory ACE nebo inhibitory AT1 receptorů pro angiotenzin II. Ve studii SMILE (Survival of Myocardial Infarction Long-term Evaluation) bylo sledováno 1 500 pacientů s akutním infarktem myokardu; léčba inhibitory ACE zofenopilem redukovala o 57 % více relativní riziko fatálních i nefatálních KV příhod u pacientů s HYPERCHOL ve srovnání s pacienty bez HYPERCHOL (7).

Na základě všech statinových studií provedených za posledních více než 30 let mají statiny v sekundární i primární prevenci ASKVO nejvyšší úroveň důkazů (A) a nejvyšší třídu doporučení (I). Primárním cílem léčby HYPERCHOL, ale i jiných dyslipidemií, je hladina LDL-cholesterolu definovaná podle celkového KV rizika. Cholesterol je v současné době považován za nejkauzálnější rizikový faktor pro aterosklerózu a její komplikace. Nejmodernější a nejvíce používané statiny v současné době jsou atorvastatin a rosuvastatin. Jejich účinnost na koncentrace cholesterolu je srovnatelná v jejich ekvivalentních dávkách: 20 mg atorvastatinu odpovídá 10 mg rosuvastatinu apod. (8). Statiny mají také pleiotropní účinky, mezi které patří mimo jiné i snižování TK, jak ukázala metaanalýza studií (9). I když nebyly vytvořeny velké prospektivní studie, které by sledovaly vliv statinů na změnu TK jako primárního cíle studie, rosuvastatin v kombinaci s ramipilem by mohl podpořit antihypertenzní efekt inhibitoru ACE.

Výhoda současné léčby hypertenze a hypercholesterolemie fixní kombinací

U pacientů se společným výskytem hypertenze a HYPERCHOL je vhodné začít léčbu obou rizikových faktorů, resp. chorob, současně. Snižuje se nejen jednotlivé faktory, tj. TK a koncentrace CHOL, ale snižuje se

Obr. 1. Souběžná léčba hypertenze a dyslipidemie. Současné snížení krevního tlaku a cholesterolu o 10 % vede ke snížení výskytu kardiovaskulárních onemocnění o 45 %. Upraveno podle citace 10



také výskyt ASKVO, a to synergicky; snížení TK o 10 % a současně snížení koncentrace CHOL o 10 % vedlo ke snížení výskytu KV onemocnění o 45 % (Obr. 1) (10).

Přesto se doporučuje u pacientů s hypertenzí a hypercholesterolemií zahájit léčbu oběma léky odděleně, abychom mohli dobře posoudit jejich snášitelnost, vytitrovat potřebnou dávku a poté nahradit fixní kombinací. Pokud jsou již pacienti léčeni inhibitorem ACE a statinem, je možné nahradit tyto dvě tablety jednou tabletou s fixní kombinací obou léků. Tím se významně zlepší adherence (tj. počet tbl. užitých za určité časové období) a perzistence (tj. dlouhodobá adherence) k léčbě, která je nejdůležitější pro významné snížení rizika ASKVO.

Kastel – fixní kombinace pro léčbu hypertenze a hypercholesterolemie – nově v ČR

Na našem trhu se objeví nová fixní kombinace rosuvastatinu a ramiprilu v různých dávkách (Tab. 1). Oba léky mají dostatek důkazů ze studií, že jsou prospěšnými léky hojně užívanými v léčbě dyslipidemií, resp. hypertenze. Oba léky jsou plně indikovány v léčbě a prevenci ASKVO. Ramipril má kromě antihypertenzního účinku prokázaného ve studii CARE také důkazy o účinnosti v primární a sekundární prevenci cévních mozkových příhod a infarktu myokardu (studie HOPE: Heart Outcomes Prevention Evaluation, HOPE TOO, AIRE: Acute Infarction Ramipril Efficacy), a o nefroprotektivních účincích u diabetické i nediatetické nefropatie (MICRO-HOPE, REIN Ramipril Efficiency in Nephropathy). Ramipril může být indikován i u pacientů s chronickým srdečním selháváním (AIRE, AIREX AIRE Extension study).

Bylo opakovaně popsáno, že inhibitory ACE, a tedy i ramipril, účinkují protizánětlivě, upravují dysfunkci endotelu, zlepšují fibrinolýzu a působí antiproliferativně na stěnu cév i na myokard. Z těchto výsledků vyplývá, že kombinace rosuvastatinu s ramipilem je velmi protektivní v primární a sekundární prevenci aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění.

Pro které pacienty je tedy vhodná tato kombinace rosuvastatinu a inhibitoru ACE ramiprilu (Kastel)? Tak např. 55letý muž, kuřák cigaret od 16 let (průměrný počet vykouřených cigaret za den 15), s BMI 27,8 kg/m², obvodem pasu 100 cm (nadváha s abdominální distribucí tuku), krevním tlakem 150/96 mmHg (průměr ze tří měření tlaku v klidu vsedě), celkovým cholesterolem 7,2 mmol/l, LDL-cholesterolem 4,5, HDL 0,9, TG 3,5 mmol/l, glukózou 6,2 mmol/l. Jedná se o nově zjištěného hypertonika bez orgánových komplikací, se smíšenou dyslipidemií a porušenou lačnou glykemií. Tento pacient splňuje všechna kritéria metabolického syndromu a patří do velmi vysokého celkového kardiovaskulárního rizika. Kromě změny životních

Tab. 1. Kvalitativní a kvantitativní složení přípravku Kastel (tvrdá želatinová tobolka se dvěma tabletami)

	Rosuvastatinum calcium (mg)	Ramiprilum (mg)
Kastel 10 mg/5 mg	10	5
Kastel 10 mg/10 mg	10	10
Kastel 20 mg/5 mg	20	5
Kastel 20 mg/10 mg	20	10

Seznam pomocných látek je uveden v SPC.