



Farmakoterapie po infarktu myokardu

Jiří Vítovec, Jindřich Špinar*

I. interní kardioangiologická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity,

*Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

Zhruba před čtyřiceti lety napsal Pavel Jerie ve své *Kardiologii praktického lékaře* (Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1967): „*Léčba čerstvého infarktu myokardu je zaměřena především na odstranění bolesti, dále na omezení námahy nemocného srdce a léčbu komplikací. Vedle toho se snažíme různým způsobem podpořit zotavení nemocného srdce a podpořit koronární oběh v jeho nepoškozené oblasti.*“ Ale doporučení, jakou farmakoterapii užívat po prodělaném srdečním infarktu, zde nelze jednoznačně nalézt.

O 20 let později prof. Jiří Widimský v Kordačově *Vnitřním lékařství* (Praha: Avicenum, 1988) uvádí: „*Nedílnou součástí léčby jsou nitrity s prolongovaným účinkem; podáváme Nitromack ret. nebo Nit-ret nebo isosorbid dinitrát, dále betablokátory (Trimepranol Spofa). Z farmak snižují mortalitu nemocných po IM pouze betablokátory. Látky s antiagregačním účinkem (Acylpyrin, Dipyridamol) se zkoušejí, avšak výsledky jsou dosud rozporné.*“

A jaký je názor na farmakoterapii infarktu myokardu po dalších dvaceti letech (v roce 2008)? Na toto téma se pokouší odpovědět soubor článků v tomto čísle Cor et Vasa, které je celé věnováno této problematice.

Původní sdělení doc. Otto Mayera jr. a spol. je věnováno farmakoterapii z pohledu dosahování cílových hodnot cholesterolu u české populace. Autoři analyzovali údaje od 473 českých pacientů po infarktu myokardu, sledovaných v rámci studie EUROASPIRE III, kdy téměř 90 % nemocných ještě šest měsíců po koronární příhodě užívalo statin, ale pouze 5 % užívalo statin ve vysoké, tj. doporučené dávce. Doporučené cílové hodnoty LDL-cholesterolu 2,0 mmol/l pak dosahovalo méně než 20 % nemocných.

O lécích, které zpomalují srdeční frekvenci, pojednává článek prof. Jiřího Vítovce a prof. Jindřicha Špinara. Uvádějí léky, které mají bradykardizující účinek a byly nebo jsou užívány po infarktu myokardu. Digoxin jako inotropní lék, beta-blokátory se snížením sympatické aktivity, blokátory vápníkového kanálu typu verapamil a diltiazem s vasodilatačním vlivem a inhibitor sinusového uzlu ivabradin, který je ve stadiu klinického výzkumu. Jako jediné z nich jednoznačně snižují mortalitu beta-blokátory.

Prof. Špinar a prof. Vítovec uvádějí přehled současných poznatků o blokádě systému renin-angiotensin-aldosteron po infarktu myokardu. Zmíněny jsou zavedené lékové skupiny, jako inhibitory ACE, blokátory receptorů AT₁ pro angiotensin II – sartany či blokátory aldosteronu, ale i nové přímé blokátory reninu. Výsledky přímého srovnání inhibitorů ACE i blokátorů receptorů AT₁ pro angiotensin II z velkých multicentrických studií potvrzují předpoklad, že obě skupiny jsou účinné, bezpečné a srovnatelné, jejich kombinace však zřejmě není vhodná. Blokátory aldosteronu se přidávají při poruše funkce levé komory a blokátory reninu zatím své místo v klinické praxi nemají.

Antitrombotika jsou základem prevence a léčby akutních koronárních syndromů, jak popisuje dr. Ota Hlinomaz. Rozděluje je na léky protidestičkové a antikoagulační. Nejvýznamnějšími perorálními preparáty jsou kyselina acetylsalicylová, clopidogrel a warfarin. Nadějným se jeví prasugrel, ticagrelor, rivaroxaban a dabigatran. Většina pacientů po infarktu myokardu by měla užívat dvojkombinaci kyseliny acetylsalicylové s clopidogrelem po dobu dvanácti měsíců tehdy, není-li vysoké riziko krvácení nebo kontraindikace.

Doc. Vladimír Soška seznamuje čtenáře s problematikou hypolipidemické léčby, především statiny, která je indikována u všech nemocných po infarktu myokardu, kteří nemají žádoucí koncentraci LDL-cholesterolu; zahájení léčby je vhodné již za hospitalizace. Fibráty jsou indikovány u nemocných, u kterých při léčbě statiny přetrvává nízký HDL-cholesterol a/nebo zvýšená koncentrace triglyceridů. Jako samozřejmost autor uvádí i léčbu nefarmakologickou, kterou je změna životního stylu.

Plzeňští autoři – prof. Jaroslav Šimon, prof. Hana Rosolová a doc. Otto Mayer jr. – se zabývají studiemi EUROASPIRE I (European Action on Secondary Prevention by Intervention to reduce Events), která proběhla v letech 1995–1996 v devíti zemích Evropy, a EUROASPIRE II, které se zúčastnilo patnáct evropských zemí. Obě studie ukázaly, že možnosti sekundární prevence u nemocných po koronární příhodě nejsou zdaleka využity. Následovala studie EURO-

Adresa: prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC, I. interní kardioangiologická klinika, FN u sv. Anny a LF MU, Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika, e-mail: jiri.vitovec@fnusa.cz

ASPIRE III, která byla provedena v letech 2006–2007, a zúčastnilo se jí již dvacet dva zemí Evropy. Byla zmapována současná úroveň sekundárně preventivní intervence a studie porovnávala, jak se po deseti letech zlepšila farmakoterapie u pacientů po koronární příhodě. Přestože naprostá většina nemocných užívala antihypertenziva, prevalence zvýšeného tlaku krve se nezměnila. Zcela selhala intervence týkající se životního stylu. Důsledkem byla stále vysoká prevalence kouření a nárůst obezity a diabetes mellitus.

Článek prof. Jindřicha Špinara, dr. Milana Sepših a dr. Ondřeje Ludky podává přehled farmakoterapie nemocných propuštěných z Fakultní nemocnice Brno v letech 2005–2008. Při propuštění téměř 90 % nemocných užívalo inhibitor ACE nebo sartan, beta-blokátor a hypolipidikum. Antiagregační léčbu užívalo přes 90 % nemocných. Všechny čtyři lékové skupiny mělo předepsáno 75 % ne-

mocných a dalších 20 % alespoň tři základní skupiny podle doporučení.

V posledním článku se doc. Otto Mayer jr. zamýšlí, jakým směrem by se měla ubírat léčba dyslipidemie v budoucnosti. Nejprve upozorňuje, že ve studii EUROASPIRE III byla u českých nemocných dosažena kontrola všech rizikových faktorů jen u 4 % nemocných. Uvádí známé „pravidlo 6“, tedy, že zdvojnásobení dávky statinu vede jen k 6% poklesu LDL-cholesterolu. Na druhé straně se ale kriticky dívá i na kombinační léčbu, neboť další hypolipidemika, jako jsou fibráty a ezetimib, nemají mortalitní údaje a niacin s pryskyřicemi nejenže nemá mortalitní údaje, ale navíc jsou i velmi špatně tolerovány.

Doufáme, že předložené druhé číslo Cor et Vasa poskytne čtenářům současný přehled názorů na farmakologickou léčbu nemocných po infarktu myokardu, kteří nemají zjevné komplikace.