



**Key words:** pharmacotherapy, secondary prevention, vascular diseases.

Pojem adherence je tradičně rezervován pro popis stavu, zdali pacient náležitě užívá předepsanou léčbu (resp. spíše v kolika procentech denních dávek ji užít zapomněl). Pokud ale přijmeme tezi, že základním cílem sekundární prevence ischemické choroby srdeční (ICHs) je snížení individuálního rizika recidivy kardiovaskulární příhody a zlepšení kvality života léčeného pacienta, je adherence komplementárně provázána s otázkou, zdali pacient léčbou dosáhl zamýšleného farmakodynamického účinku z hlediska předepsaných principů (doporučených cílových hodnot, náležité změny příslušného fyziologického parametru, atd.) (1). Takto asi například nelze označit za správně léčeného pacienta, který sice náležitě užívá předepsanou hypolipidemickou léčbu (statin), ale už ne v takové dávce, aby se tím dosáhlo poklesu LDL-cholesterolu k doporučené hodnotě. Podobně vzorně adherentní pacient s „rezistencí na clopidogrel“ (což je dnes poměrně snadno laboratorně prokazatelný stav) je ohrožen na životě prakticky stejně jako ten, co tuto léčbu zcela ignoruje. To, zdali bude dosaženo maximálního léčebného potenciálu sekundární prevence, tedy vyžaduje spolupráci „obou stran“. Pacient výsledek ovlivňuje svou adherencí k předepsané léčbě či doporučeným nefarmakologickým opatřením (např. abstinencí od kouření) a jeho lékař zase tím, že léčbu vede tak, aby se dosáhlo maxima ve snaze o dosažení předepsaných léčebných cílů (1). Ošetřující lékař by ale navíc neměl ani přehlédnout přinejmenším „varovné symptomy“ non-adherence (či je dokonce bagatelizovat) a samozřejmě léčbu vést tak, aby pacienta co možná nejméně zatěžovala. Naopak kombinaci non-adherence a nedosažení předepsané cílové hodnoty lze asi označit za nejdůležitější

**ovlivnitelný** rizikový faktor recidivy akutní kardiovaskulární příhody v sekundární prevenci ICHs.

### Nakolik může non-adherence reálně ovlivnit individuální rizika pacienta?

K dispozici máme v tomto směru poměrně bohaté důkazy, a to i pro oblast sekundární prevence ICHs. Studie Choudhryho a kolegů (2) byla založena na registru více než 4 100 osob po infarktu myokardu a porovnávala riziko velké kardiovaskulární příhody či revaskularizace z hlediska adherence k základním předepisovaným lékovým skupinám (tj. statinům, betablokátorům a RAAS blokátorům (inhibitorům angiotensin-konvertujícího enzymu či receptoru pro angiotensin II)). Pacienti s náležitou adherencí ke všem třem lékovým skupinám, definovanou (dosti benevolentně) jako užití alespoň 80 % předepsaných dávek průběhu šestiměsíčního monitorování, vykazovali asi 35% redukci rizika sledovaného endpointu oproti kontrolní skupině (tj. pacientům s obvyklou péčí), zatímco ti definovaní jako částečně adherentní (tj. s užíváním medikace v rozmezí 60–79 %) a non-adherentní (tj. s méně než 60% užitím předepsané medikace) nevykazovali prakticky žádný benefit. Jiná analýza zase hodnotila efekt úplného vysazení medikace (tentokrát aspirin, statin a betablokátor) (3). Z celkového sledovaného počtu 1 521 pacientů po infarktu myokardu přestalo brát alespoň jednu tuto medikaci již po měsíci dosti neuvěřitelných 34 % pacientů, kteří navíc již po roce sledování vykazovali o více než devět absolutních procent vyšší mortalitu (88,5 % vs. 97,7 %). Při porovnání relativního rizika byli pacienti, co vysadili všechny tři sledované lékové skupiny, vystaveni až 3,3x vyššímu