



riziku úmrtí po prvním roce, než ti co pokračovali v užívání všech těchto předepsaných léčiv. Velmi podobné důkazy krucálního významu adherence k základní farmakoterapii v sekundární prevenci lze ale najít i v řadě dalších sledování. Meta-analýza z roku 2017 (4), realizovaná u více než 106 000 pacientů se stabilizovanou ICHS, prokázala v souhrnu, že náležitá adherence k tzv. evidence-based medikaci (tj. opět protidestičková léčba, betablokátory, RAAS blokátory a statiny) je provázena asi 44% redukcí celkové mortality či 39% redukcí rizika re-infarktu či re-hospitalizace z jiné kardiovaskulární příčiny, při srovnání se špatnou či úplnou non-adherencí (obr. 1). Ještě hrozivější důsledky může mít ale non-adherence ve speciálním případě neužívání duální antiagregační terapie u pacientů, jimž byl implantován lékový stent. V jedné observační studii bylo riziko trombózy ve stentu spojené s non-adherencí dokonce až 90x vyšší (!!) (5). Méně dramatický, ale stále extrémně závažný výsledek, byl pozorován ve studii CHARISMA, kde vysazení clopidogrelu bylo provázeno více než čtyřnásobným rizikem úmrtí (a při srovnání s konvenčními rizikovými faktory se jednalo o zdaleka nejsilnější prediktor fatálního vyústění choroby) (6). Podobně zásadní vliv non-adherence na osud pacientů v sekundární prevenci může překvapit, je si ale nutno uvědomit, že non-adherentního pacienta lze snadno připodobnit tomu léčenému pouze placebem, tj. vystavenému „naturálnímu“ průběhu ICHS (kdy první rok po manifestaci infarktu přežije bez náležité léčby jen necelých 50 % postižených osob).

Nakolik častý problém non-adherence v sekundární prevenci představuje?

Dostupná data se mohou poměrně zásadně lišit mezi populacemi, podle systému úhrady zdravotní péče, způsobu jak byla non-adherence

zjišťována a v neposlední řadě mezi lékovými skupinami. Například ve studiích hodnocených ve výše zmíněné systematické meta-analýze se non-adherence (definována jako užití méně než 80 %, resp. méně než 75 % jednotlivých denních dávek) v průměru pohybovala asi okolo 30 %, ale její variance byla obrovská (mezi 8 a 60 %) (4). Data z dostupných registrů vycházejí podobně pesimisticky, zvláště pokud propojují údaje o preskripci s reálným výdejem léku lékárnou. V registru EFFECT (7) si po čtyřech měsících od infarktu předepsané léky vůbec nevyzvedávalo 22 % pacientů, zatímco v jiném registru činila přiznávaná non-adherence k alespoň jednomu z předepsaných léků po třech měsících od infarktu 28,3 % (8). Je navíc evidentní, že adherence k doporučené medikaci může poměrně ostře klesat v čase se zvyšujícím se odstupem od infarktu myokardu. Takto například v registru z provincie Ontario zahrnujícím více než 22 000 osob po akutním koronárním syndromu činila adherence k léčbě statinem po dvou letech léčby již jen 40,1 % (9), zatímco adherence k léčbě betablokátozem klesla za stejný čas v jiné studii k asi 55 % (10).

Systematicky zjišťovaná data ohledně adherence v léčbě v sekundární prevenci u českých pacientů k dispozici nejsou (alespoň podle našich poznatků), ale určité údaje lze v tomto směru získat z dat projektu EUROASPIRE, zaměřeného na monitoraci úrovně sekundární prevence ve většině evropských zemí, včetně České republiky (11). Součástí vyšetřovacího protokolu byla v této studii také otázka, v kolika procentech případů zapomenou pacienti užít svou medikaci. Že k tomuto jevu dochází v jen maximálně desetině případů (neužitých denních dávek), udalo asi 22 % pacientů, zatímco neužití až čtvrtiny všech dávek přiznalo jen 2 % osob. Tyto údaje jsou však jen sebehodnocením pacientů, nemohli být nijak verifikovány a bezpochyby odrážejí skutečnost příliš optimisticky.