proLékaře.cz | 2.11.2026

VÝHODY FIXNÍ KOMBINAČNÍ LÉČBY

H. Rosolová

Souhrn

Adherence k dlouhodobé léčbě je ve vyspělých zemích velmi nízká – 50%. K dlouhodobé, eventuálně celoživotní léčbě jsou vhodné kombinované preparáty, které zaručují lepší adherenci k léčbě, méně nežádoucích účinků a eventuálně zesílení žádaných účinků. Kombinovaná tableta simvastatinu a ezetimibu pomůže k lepší kontrole hypercholesterolemie u vysoce rizikových nemocných.

Klíčová slova

kombinovaná léčba – adherence – cholesterol

Summary

Combined therapy of dyslipidemia. Adherence to long-term therapy is very low in the developed countries over the world – about 50%. Combined tablets are useful for long-term therapy, because they improve compliance to taking drugs, have less side effects and eventually potencies main therapy effects. Combined drug simvastatin + ezetimibe seem to be helpful for better control of hypercholesterolemia.

Keywords

combined therapy – adherence – cholesterol

Úvod

Kontrola hypercholesterolemie zůstává primárním cílem léčby u nemocných v sekundární i v primární prevenci ischemické choroby srdeční (ICHS) a jiných aterosklerotických vaskulárních nemocí a u osob s vysokým rizikem pro tyto choroby. Objev a užívání statinů tj. nejúčinnějších léků ke snížení cholesterolu, které brání syntéze cholesterolu v buňkách inhibicí HMG-Ko-A-reduktázy, znamenal veliký zlom v léčbě i v prevenci aterosklerózy. K dosažení cílových hodnot celkového a LDL-cholesterolu, zvláště u vysoce rizikových osob, u diabetiků a u nemocných s kardiovaskulárními nemocemi v anamnéze, u nichž doporučovaná hladina LDL-cholesterolu by měla být pod 2,5 mmol/l, je třeba většinou vysokých dávek jednotlivých statinů. Čím vyšší se však užívá dávka léku, tím je vyšší riziko jeho nežádoucích účinků. U některých nemocných je proto třeba přistoupit ke kombinované terapii hypolipidemiky.

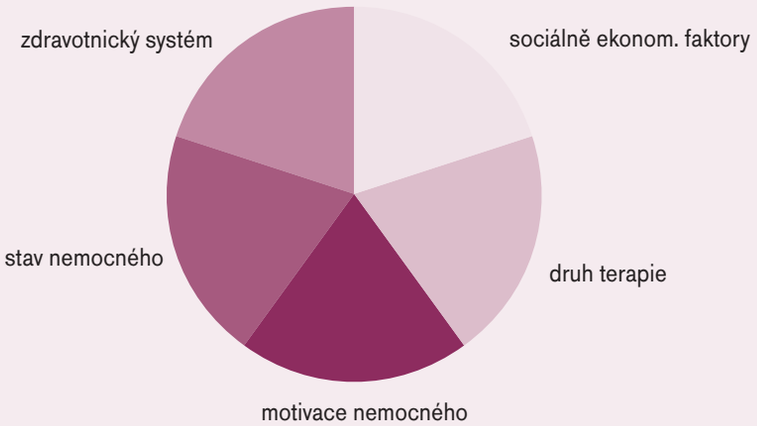
Velmi slibným preparátem, který je vhodný ke kombinaci se statiny je ezetimib, který působí jako selektivní blokátor vstřebávání cholesterolu přítomného ve střevě s mechanizmem účinku odlišným od ostatních hypolipidemik. Ezetimib přidaný k simvastatinu prohloubí snížení LDL-cholesterolu o 14 %, triglyceridů o 8 % a podpoří zvýšení HDL-cholesterolu o dalších 2,5 %. Kombinace obou léků je dobře snášena a je bezpečná. Ezetimib v dávce 10 mg podaný s 10 mg simvastatinu měl stejný efekt na redukci LDL-cholesterolu (44 %) jako simvastatin v dávce 80 mg podaný samostatně [1].

Kombinace léků, tak jak to známe i z kombinované léčby arteriální hypertenze, má své velké výhody: nižší dávky jednotlivých léků mají nižší riziko nežádoucích vedlejších účinků, vhodná kombinace může nežádoucí účinky eliminovat, zatímco účinnost jednotlivých léků se může naopak potencovat. Např. kombinace simvastatinu a ezetimibu v jedné tabletě je velmi výhodná! Každý lék působí jiným mechanizmem na snížení cholesterolu: statin brání syntéze cholesterolu v buňce, což by mohl organizmus kompenzovat zvýšeným vstřebáváním cholesterolu ze střeva, to však blokuje ezetimib. Duální inhibice této kombinace zaručuje lepší účinek na snižování cholesterolu v organizmu. Nejvýhodnější je, když jsou jednotlivé léky vloženy při výrobě do jedné tablety. Je dobře prokázáno, že čím menší počet tablet nemocný užívá, tím je jeho adherence k léčbě lepší [2].

Bylo tristním zjištěním, že adherence k dlouhodobé, nebo dokonce k celoživotní léčbě je velmi nízká. V průměru pouze 50 % chronicky nemocných užívá dlouhodobě doporučované léky ve vyspělých zemích světa; v méně rozvinutých zemích je tato adherence ještě nižší [3]. Nedostatečná adherence k léčbě nejen zhoršuje zdravotní stav těchto chronicky nemocných, zvyšuje jejich riziko recidivy nemoci, vzniku nových komplikací i úmrtí, ale také zvyšuje náklady na další zdravotní péči. Adherenci k dlouhodobé léčbě ovlivňuje celá řada faktorů, z nichž většinu lze ovlivnit: jedná se na jedné straně o ekonomické a sociální faktory, o organizaci zdravotní péče a typ zdravotnického systému (tyto faktory závisí samozřejmě na ekonomické a politické úrovni země). Na druhé straně závisí adherence k léčbě na typu choroby a druhu terapie a na motivaci nemocného (graf). V r. 2003 vydala Světová zdravotnická organizace rozsáhlý dokument, ve kterém existují návody na zlepšení adherence nemocných k dlouhodobé terapii [4]. Tento dokument dává konkrétní speciální návody ke zlepšení adherence k léčbě u nemocných s různými chronickými nemocemi např. diabetes mellitus, tuberkulóza, deprese, astma, rakovina aj, ale také např. zahrnuje rady ke zlepšení adherence k odvykání kouření.

V každodenní klinické praxi je třeba pravidelně ovlivňovat motivaci nemocného k užívání léků; nemocný by měl jasně vědět, proč má lék pravidelně a dlouhodobě užívat (znalost) a jak

proLékaře.cz | 2.11.2026



Graf. Dimenze adherence k dlouhodobé léčbě. Adherence k dlouhodobé léčbě je ovlivněna řadou faktorů – sociálně ekonomickou úrovní společnosti, zdravotnickým systémem, stavem nemocného – tj. typem onemocnění i druhem léčby. Velmi důležitá je motivace nemocného k užívání léků.

jej má užívat (dovednost). Nemocný musí mít léků dostatek, tj. je třeba předepsat dostatečnou zásobu léků na celou dobu, než přijde nemocný na další kontrolu. Za pravidelné užívání léků je třeba nemocného pochválit, pokud zjistí lékař či sestra, že došlo ke zlepšení léčené choroby nebo rizikového faktoru, eventuálně ke snížení rizika vzniku nové choroby.

Literatura

1. Knopp RH, Gitter H, Truitt T et al. Effects of ezetimibe, a new cholesterol absorption inhibitor, on plasma lipids in patients with primary hypercholesterolemia. Europ J Cardiol 2003; 24:729–741.
2. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res 1999; 47: 555–567.
3. Rogers PG, Bullman W. Prescription medicine compliance: review of the baseline of knowledge – report of the National Council on Patient Information and Education. Journal of Pharmacoepidemiology 1995; 3: 3–36.
4. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization 2003.

Doručeno do redakce 15. 1. 2007
Přijato k otištění po recenzi 3. 2. 2007

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., FESC
Centrum preventivní kardiologie,
II. interní klinika LF UK a FN Plzeň
rosolova@fnplzen.cz