proLékaře.cz | 23.11.2026

L15 SATELITNÉ SYMPÓZIUM SPOLEČNOSTI SANOFI AVENTIS ZENTIVA: ANTITROMBOTICKÁ A ANTIKOAGULAČNÁ LIEČBA A PACIENT PO CMP

L15-1 Aterotrombóza jako nejčastější příčina CMP

Herzig R
Iktové centrum, Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

Kardiovaskulární a cerebrovaskulární onemocnění se řadí celosvětově k hlavním příčinám úmrtnosti a představují významný socioekonomický problém. U pacientů s těmito onemocněními je vysoké riziko recidivy. Zlepšení prevence cévních příhod by bylo významné nejen pro samotné pacienty, ale i pro zdravotnické systémy. Ke shromažďování údajů o léčbě a klinickém stavu pacientů a aterotrombózou nebo rizikovými faktory aterotrombózy byl založen registr REACH (The REduction of Atherothrombosis for Continued Health). V současné době jdou k dispozici údaje o tříletém sledování 48 050 pacientů z 3 535 center ve 30 zemích. Z tohoto počtu bylo celkem 39 675 pacientů symptomatických. V této skupině došlo po třech letech (oproti stavu po jednom roce) k výraznému nárůstu procenta příhod, a to jak v kategorii infarkt myokardu/iktus/vaskulární smrt (12,0 vs 4,7 %), tak i v kategorii infarkt myokardu/iktus/vaskulární smrt/rehospitalizace (28,4 vs 14,4 %). Počet příhod byl signifikantně vyšší u mužů než u žen, a to především v důsledku vyššího výskytu vaskulární smrti u mužů (6,1 vs 4,6 %; p < 0,0001). Cévní mozková příhoda se nejčastěji vyskytla u pacientů zařazených do registru s cerebrovaskulárním onemocněním (2,8/100 tis. obyv./rok), zatímco vaskulární smrt byla nejčastější ve skupině pacientů s periferní arteriální nemocí (2,9/100 tis. obyv./rok). U pacientů s polyvaskulárním postižením byl zaznamenán vyšší počet příhod než u pacientů s postižením pouze jednoho cévního řečiště – vaskulární smrt u 8,7 vs 4,7 %, infarkt myokardu/iktus/vaskulární smrt u 17,8 vs 10,5 % a infarkt myokardu/iktus/vaskulární smrt/rehospitalizace u 40,5 vs 25,5 % (ve všech případech p < 0,0001).

L15-2 Sekundárna prevencia po CMP a TIA

Brozman M
Neurologická klinika FN Nitra

Protidoštičková liečba je základom preventívnych opatrení po prekonaní CMP alebo TIA. Tri spôsoby liečby sa v súčasnosti využívajú za týmto účelom: deriváty kyseliny acetylsalicylovej (ASA), klopidogrel a kombinácia ASA a dipyridamolu (ASA-ERDP). Viaceré štúdie dokumentovali vyššiu účinnosť ASA-ERDP a klopidogrelu oproti samotnej ASA. Nedávno boli publikované výsledky rozsiahlej randomizovanej a dvojite zaslepenej štúdie PROFESS, ktorá priamo porovnávala účinok ASA-ERDP a klopidogrelu. Štúdia PROFESS (Preventive Regimen for Effectively Avoiding Secondary Strokes) porovnávala ASA/ERDP v dávke 25/200 mg 2krát denne oproti klopidogrelu 75 mg denne u pacientov po prekonaní mozgového infarktu. Randomizovaných bolo 20 332 pacientov zo 695 centier v 35 krajinách, starších ako 50 rokov, ktorí prekonali mozgový infarkt počas 120 dní pred randomizáciou. Primárnym cieľom bolo sledovať incidenciu rekurentného mozgového iktu počas priemernej doby sledovania 2,5 rokov. V skupine s ASA-ERDP sa vyskytlo 9,0 % a v skupine s klopidogrelom 8,8 % rekurentných iktov (hazard ratio 1,01; 95% CI 0,92 to 1,11). Výskyt fatálnych a závažných iktov bol podobný v oboch skupinách (4,1 % v ASA-ERDP skupine a 3,9 % v klopidogrelovej skupine: HR 1,05; 95% CI 0,96 to 1,16). Sekundárny výsledok v kombinovanom výskyte mozgových iktov, srdcového infarktu a vaskulárnej smrti bol 13,1 % v oboch skupinách. Závažné hemoragické príhody boli niečo častejšie v ASA-ERDP skupine (4,1 %), než v klopidogrelovej skupine (3,6 %; HR 1,15; 95% CI 1,00 to 1,32). Nepriaznivé vedľajšie účinky liečby boli častejšie v ASA-ERDP skupine než v klopidogrelovej skupine (16,4 % oproti 10,6 %), bolesť hlavy v ASA-ERDP skupine sa vyskytla v 5,9 %. Celkové výsledky preukazujú, že obidva spôsoby protidoštičkovej liečby sú rovnocenne účinné. Voľba lieku závisí od preferencií lekára a pacienta a od profilu vedľajších účinkov. Každý pacient, ktorý prekoná mozgový infarkt počas užívania preparátov ASA, by mal zmeniť liečbu na niektorý z týchto protidoštičkových liekov. Výsledky štúdie EXPRESS (Existing Preventive Strategies for Stroke) dokumentovali 80% redukciu výskytu rekurentných iktov pri agresívnej kombinovanej protidoštičkovej liečbe (iniciálne 300 mg ASA, následne kombinácia 75 mg ASA a 300 mg klopidogrel počas 30 dní a neskôr klopidogrel 75 mg denne). Podľa odporúčaní ESO (European Stroke Organization) sa kombinácia ASA a klopidogrelu zatiaľ v sekundárnej prevencii mozgových iktov neodporúča, s výnimkou niektorých špecifických indikácií (napr. nestabilná angina pectoris alebo non-Q IM alebo nedávny stenting).

L15-3 Prevencia venózneho tromboembolizmu a CMP

Jurčina F
Neurologická klinika SZU a FNsP Bratislava-Ružinov