

Juha Sinisalo

Potilaat syövät mieluummin yhden kuin monta tablettia

Lisää tehoa sydäninfarktin sekundaaripreventioon

Sydän- ja verisuonitaudit ovat tärkein kuolinsyy Suomessa, ja sepelvaltimotautikohtauksenkin saa vuosittain yli 20 000 potilasta (1). Nopean hoitoon hakeutumisen ja korkeatasoisen hoidon myötä yhä useampi henkilö selviää elossa ensimmäisestä sydäninfarktistaan. Erikoissairaanhoidon resurssien niukkuuden vuoksi hoitoa on tehostettu ja hoitojakson pituus infarktin jälkeen minimoitu.

Potilaat kotiutuvatkin vain muutama päivä sydäninfarktin jälkeen, usein vielä hämmennyneenä omasta sairastumisestaan. Vaikka taudin kroonisesta luonteesta ja pysyvistä lääkkeistä kerrotaan toistuvasti lyhyen sairaalahoidon aikana, potilaat eivät useinkaan ehdi sisäistää annettuja ohjeita. Pitkäaikaisennusteeseen vaikuttaa eniten se, miten hyvin potilaat toteuttavat annetut ohjeet.

Sekundaariprevention tavoitteita ovat tupakoinnin lopettaminen, liikunnan lisääminen, säännöllinen lääkkeiden käyttö, normaali verenpaine ja verengluukoosipitoisuus, mahdollisimman pieni kolesterolipitoisuus sekä ylipainoisten osalta painon vähentäminen (2). Tavallisin tapa hoitaa sekundaaripreventiota on antaa potilaalle elintapaohjeiden lisäksi statiini-, verenpaine- ja antitromboottista lääkitystä. Näiden lääkkeiden on arvoitu olevan vastuussa noin 50 %:sta sydänkuolleisuuden vähenemisestä 20 viime vuoden aikana länsimaissa (3). Tämä massiivinen väheneminen on saatu aikaiseksi, vaikka ei ole käytetty aivan viimeisimpiä tai kaikkein tehokkaimpia lääkkeitä.

Länsimaissa jopa 50 % potilaista lopettaa seurannassa lääkkeiden käytön ja jättää noudat-

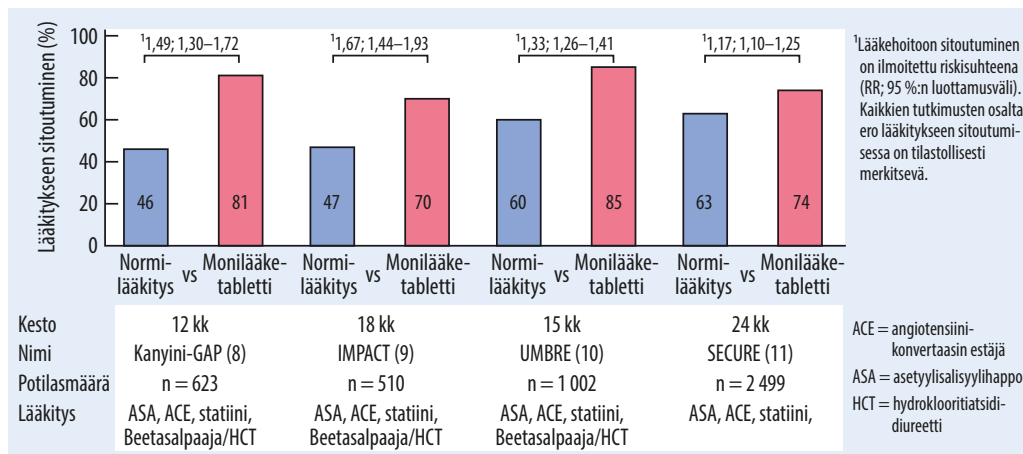
Tutkimukset osoittavat järjestään, että sitoutumisen lääkkeiden käyttöön on parempi yhden tabletin ryhmässä.

tamatta edellä mainittuja elintapaohjeita (4). Asianmukaisen sekundaariprevention laiminlyönti on henkilökohtainen tragedia sydäninfarktin uusiutuessa tai kuoleman kohdatessa, ja sillä on myös valtava yhteiskunnallinen merkitys.

Sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat suuria kustannuksia työkyvyttömyyden, sairaalakäyntien ja menetettyjen terveiden elinvuosien vuoksi (5,6).

Lääkkeiden käyttöön sitoutumiseen eli lääkeadherenssiin vaikuttavat monet lääkäristä ja potilaasta johtuvat asiat. Empaattinen asennoituminen, lääkkeiden läpikäynti vastaanotolla sekä potilaan informointi käyttöaiheesta ja tarpeellisuudesta lisäävät kaikki sitoutumista lääkehoitoon. Sitä taas vähentävät monilääkehoito, potilaan muistiongelmät ja luottamuksen puute, ja lisäksi sitä huonontaa lääkemääräysten saaminen useilta eri tahoilta (7).

Yksinkertainen tapa lisätä sitoutumista lääkehoitoon on käyttää monilääketablettia (polypill), jossa yhteen tablettiin puristetaan eri lääkevalmisteita. Viime vuosina monilääketabletin käytöstä valtimonkovettumistaudin sekundaaripreventiossa on julkaistu useita satunnaistettuja tutkimuksia (8–11). Vertailuryhmä käyttää täsmälleen samoja lääkeaineita standarditavalla, eri lääkeaineet pakattuina eri tabletteihin. Ne kaikki järjestään osoittavat sitoutumisen lääkkeiden käyttöön olevan parempi yhden tabletin ryhmässä kuin useampia tabletteja käyttävillä (KUVA). Haittavaikutusten määrässä ei ollut eroja. Verenpaineen lasku tai kolesterolipitoisuuden pieneneminen vaihtelivat tutkimuspotilaiden määrän mukaan. Sydän- ja verisuonitahtumien uusiutuminen väheni suurimmassa



KUVA. Neljä eri valtimonkovettumistaudin riskipotilaita tai sekundaaripreventiota käsitellyttä tutkimusta. Kanyini-GAP-, IMPACT- ja UMBRE-tutkimuksissa kaikki potilaat olivat erityisen suuren riskin potilaita. Heillä oli tiedossa oleva valtimonkovettumistauti tai heidän risksinä kokea sydän- ja verisuonitapahtuma viiden vuoden kuluessa oli yli 15 %. SECURE-tutkimuksen potilaat olivat sairastaneet sydäninfarktin alle kuusi kuukautta ennen tutkimukseen ottoa. Kaikissa tutkimuksissa todettiin parantunut sitoutuminen lääkkeiden käyttöön. Suurimmasa eli SECURE-tutkimuksessa myös sydän- ja verisuonitapahtumat vähenivät monilääketabletin käytön myötä.

tutkimuksessa, joka oli suunniteltu vastaamaan tähän kysymykseen (11).

Nykyisin apteekista on saatavissa yhdistelmä-lääkkeitä verenpainetautiin, diabetekseen ja lipidilääkitykseen. Näissä valmisteissa on 2–3 eri vaikuttavaa ainetta. Sen lisäksi on muutamia valmisteita, joissa on verenpainelääkityksen lisäksi statiinia. Yhtään edellä mainittujen tutkimusten kaltaista lääkeyhdistelmää, jossa olisi asetyylisalisyylihappo, statiini ja verenpainelääke samassa tabletissa, ei ole Suomessa saatavilla. Lisäksi nyt saatavilla olevien monilääkkeiden hinta on kalliimpi kuin samojen lääkkeiden erikseen ostettuina.

Monilääkekonsepti on ensimmäisen kerran esitetty parikymmentä vuotta sitten (12). Esiteiksi sen käyttöönotolle on esitetty lääkärien näkökulmasta lääkityksen räätälöinnin ongelmat ja huoli siitä, onko riittävää määrää erilaisia lääkeyhdistelmiä saatavilla. Potilaan näkökulmasta ongelmana ovat mahdolliset haittavaikutukset ja lääkityksen lopettamiseen liittyvät riskit sekä monilääketablettien kalliimpi hinta. Lääketeollisuus taas voi katsoa uuteen hoitostrategiaan liittyvän taloudellisia riskejä sekä epävarmuutta siitä, miten lääkärin ja potilaan otavat vastaan uuden konseptin (13).

Lääketeollisuus pitäisikin saada tuottamaan edellä esitettyjen tutkimusten mukaisia valmis-

teita, joissa olisi ainakin asetyylisalisyylihap-poa, ACE:n estäjää tai AT-salpaajaa, ja statiinia. Valmisteita olisi hyvä olla useampia, hieman eri yhdistelminä. Kuten tutkimuksista käy ilmi, oleellista ei ole se, että lääkeannos on maksi-maalinen kullekin potilaalle, vaan se, että poti-laat ylipäätään käyttävät lääkettä.

Sekundaaripreventiossa on paljon paran-nettavaa monella eri tasolla. Tarjoamalla sydäninfarktipotilaille monilääketablettia heidän sitoutumisensa lääkkeiden käyttöön paranee, ja uusimman tutkimuksen mukaan myös sydän- ja verisuonitapahtumien uusiutuminen vähenee. Tällä olisi myös suuri taloudellinen vaikutus. Jotta monilääkkeiden käyttö lisään-tyisi, siihen tarvitaan lääkäreiden, lääketeolli-suuden ja yhteiskunnan (Kelan lääkekorvauk-set) panostusta. ■



JUHA SINISALO, professori,
osastonylilääkäri
HUS, Sydän- ja keuhkokeskus

SIDONNAISUUDET

Juha Sinisalo: Apuraha (Amgen, kollaboraatio lääketieteellisessä julkaisussa; Amgen, tutkijana lipiditutkimuksessa), luentopalkkio/ asiantuntijapalkkio (Amgen, Abbott, Amarin, Bayer, AstraZeneca), luottamustoimet (THL, kumppanuusrekisteri; Genomilääketieteen asiantuntijaryhmän jäsen; HUS, digihoitopolun kehittäminen; Euroopan Kardiologinen Seura, ESC), muut sidonnaisuudet (usean lääketieteellisen säätiön hallituksessa tai arvioimassa apurahoja)

KIRJALLISUUTTA

1. Sepelvaltimokohtaus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, julkaistu 23.3.2022. www.kaypahoito.fi
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, ym. 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227–337.
3. Castellano JM, Sanz G, Ortiz AF, ym. Polypill strategy to improve global secondary cardiovascular prevention: from concept to reality. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:613–21.
4. Yusuf S, Islam S, Chow CK, ym. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet* 2011;378:1231–43.
5. Hartikainen J. Sydäninfarktin hoidon tulokset ja kustannukset Suomessa. *Duodecim* 2013;129:279–81.
6. Vaduganathan M, Mensah GA, Turco JV, ym. The global burden of cardiovascular diseases and risk: a compass for future health. *J Am Coll Cardiol* 2022;80:2361–71.
7. Smaje A, Weston-Clark M, Raj R, ym. Factors associated with medication adherence in older patients: a systematic review. *Aging Med (Milton)* 2018;1:254–66.
8. Patel A, Cass A, Peiris D, ym. A pragmatic randomized trial of a polypill-based strategy to improve use of indicated preventive treatments in people at high cardiovascular disease risk. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22:920–30.
9. Selak V, Elley CR, Bullen C, ym. Effect of fixed dose combination treatment on adherence and risk factor control among patients at high risk of cardiovascular disease: randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2014;348:g3318.
10. Thom S, Poulter N, Field J, ym. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk of CVD: the UMPIRE randomized clinical trial. *JAMA* 2013;310:918–29.
11. Patel A, Cass A, Peiris D, ym. Polypill strategy in secondary cardiovascular prevention. *N Engl J Med* 2022;387:967–77.
12. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003;326:1419.
13. Huffman MD, Xavier D, Perel P. Uses of polypills for cardiovascular disease and evidence to date. *Lancet* 2017;389:1055–65.