



Liebe Leserin,
Liebes Leser,

als die ersten Substanzen auf den Markt kamen, war ihre Klassen-Bezeichnung noch HMG-CoA-Reduktase-Hemmer¹⁾. Das war bei der wachsenden Verbreitung der Präparate in der Praxis ein viel zu komplizierter Name. Also bürgerte sich der Begriff CSE-Hemmer²⁾ ein, der schon einen besser verständlichen Hinweis auf den Wirkmechanismus im Namen trägt. Heute heißen sie meistens nur noch Statine, nach dem Namensbestandteil, den alle unterschiedlichen Substanzen gemeinsam haben.

Solch ein Wandel in der Bezeichnung zeigt, wie vertraut diese Medikamente inzwischen geworden sind. Sie haben in den vergangenen zehn Jahren die Therapie für Patienten mit koronarer Herzkrankheit und die Prävention koronarer Ereignisse um Riesenschritte vorangebracht.

Kann man nach so langer Zeit und so großer Vertrautheit überhaupt noch wesentliche neue Erkenntnisse zu diesen Substanzen zu erwarten?

Man kann, wie gerade wieder der Kongreß des American College of Cardiology Anfang April in Chicago gezeigt hat. Außer den schon üblich gewordenen vielen Daten mit kleinen und größeren Details über Wirkzusammenhänge, außer kleinen und mittleren Arbeiten mit Hypothesen und Erkenntnissen zu Zusatzeffekten („Statine tun der Psyche älterer Menschen gut“) wurde auch wieder eine Statin-Großstudie präsentiert, die nach Ansicht der Studienleiter zur Änderung von Therapie-Leitlinien führen wird.

ASCOT³⁾, so heißt die Studie mit Atorvastatin (Sortis[®] in Deutschland). Sie hat gezeigt, daß man auch dann von dem Statin profitiert, wenn man weder eine KHK noch erhöhte Gesamtcholesterin- oder LDL-Cholesterinspiegel hat. Also unter bisher geltenden Grundsätzen überhaupt kein Kandidat für eine Behandlung mit einem Statin sein würde.

Womit die Diskussion für eine bessere Primärprävention wieder neuen Stoff bekommen hat und zugleich das Konzept bestätigt worden ist, daß der Blick auf die Höhe des Cholesterins gar nicht so entscheidend ist. Es sind die Risikofaktoren, die viel stärker beachtet werden müssen. (Die ASCOT-Patienten waren alle Hypertoniker mit mindestens drei weiteren Risikofaktoren).

Aber nicht nur die Lipid-Modifikation und ihre Folgen sind in diesen Monaten für Schlagzeilen gut. Die Diskussion über ein noch älteres Thema, die Therapie bei Bluthochdruck, hat einen neuen Kulminationspunkt erreicht. Die Ergebnisse von vier Mega-Studien mit insgesamt 80.000 Patienten sind in letzter Zeit präsentiert worden. Ein einzigartiger Rekord. Dabei in Chicago neu vorgestellt: INVEST⁴⁾, eine Hochdruck-Studie mit Verapamil und Atenolol, auch das übrigens keine ganz neuen Substanzen. Und immer wieder die alte und neue Erkenntnis: Es kommt auf die Effizienz der Blutdrucksenkung an.

Wir haben für diese Ausgabe von „Forschung und Praxis“ die Highlights sowohl vom Kongreß in Chicago als auch vom Kongreß der deutschen Kardiologen in Mannheim für Sie zusammengestellt. Es sind, es kann nicht anders sein, längst nicht alle. Aber es sind, wie immer, hoffentlich die wesentlichen.

Herzlichst,
Ihr

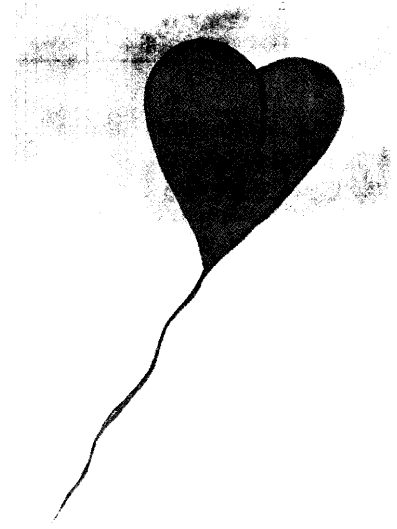
Hagen Rudolph
Chefredakteur

1) Hydroxymethylglutaryl-Coenzym-A-Reduktase-Hemmer

2) Cholesterin-Synthese-Enzym-Hemmer

3) Anglo Scandinavian Cardiac Outcomes Trial

4) International Verapamil SR-Trandolapril Study



Aus dem Inhalt

Statin schützt Herz und Hirn von Hypertonikern mit normalem LDL	4
Statin mobilisiert bei Belastung Funktionsreserven im Myokard	6
Alleskönner Statine: Schützen sie auch vor der Entwicklung von Vorhofflimmern?	8
Statine tun der Psyche älterer Menschen gut	12
Hochdruckforschung auf dem Kulminationspunkt	14
Was Schrittmacherstimulation bei Herzinsuffizienz bewirken kann	16
Clopidogrel und ASS bei elektiver PTCA bieten ausreichend Schutz	20
Große Hoffnung auf neuen Aldosteronblocker	22
Statin und Ezetimib – bei der Lipidsenkung ein starkes Doppel	24
Die Stent-Revolution geht weiter	26
Neue Ära der Embolieprophylaxe bei Vorhofflimmern?	28
Betablocker bei Herzinsuffizienz – Erfolgsgeschichte mit langem Weg	34
Was beim Sport zählt: Intensität ist gut fürs Herz, Ausdauer ist besser	38