



# Dokážeme skutečně využít vysoké úrovně klinické kardiologie k prospěchu celé populace?

Před osmi lety zemřel ve svých 96 letech prof. František Vaniček. Studoval lékařskou fakultu s prof. Charvátlem. Jako mladý lékař po promoci byl poslán dr. Alici Masarykovou ke studiu v Rockefellerově nadaci, aby u nás založil – po americkém vzoru – prevenci tuberkulózy a závažných infekčních chorob. Později se vědecky zajímal především o výživu, jako příčinu chronických neinfekčních chorob, a dnes doporučený trojnásobný poměr makronutrientů v potravě propagoval již před 50 lety. Krátce po válce řídil jako docent (habilitovaný již v roce 1928) po několik let Ústav hygieny nově založené Lékařské fakulty v Plzni. Po dobu komunismu mu byla upřena možnost se jakýmkoliv způsobem veřejně projevit. Sám jsem se s ním blíže seznámil až v roce 1988. Jmenován profesorem byl až v roce 1990, skoro více než 65 let od své habilitace na Univerzitě Karlově. Věnoval mi před lety moudrý návrh na reformu Československého veřejného zdravotnictví z roku 1945, který nebyl nikdy realizován ani uveřejněn. Často jsem ve svých přednáškách citoval jeho větu: ... „úkolem veřejného i celého našeho zdravotnictví je poskytovat zdravotní péči všem, kteří ji potřebují, i když ji nevyžadují, a nikoliv jen těm, kteří ji vyžadují. K tomu, aby tohoto cíle bylo dosaženo, je třeba, aby zdravotnictví na všech úrovních bylo řízeno skutečnými odborníky, kteří vytýčují priority a na základě své erudice a vědeckých poznatků určují, kam je třeba nasadit finanční prostředky, které budou vždy limitované“.

V evropské kardiologii je jednou z priorit zjišťovat opakovanými průzkumy a klinickoepidemiologickými studiemi, jak jednotlivé národní kardiologické společnosti řeší výše uvedený základní úkol zdravotnictví. Prvním krokem bylo vytvoření prvních doporučení ESC a přidružených evropských společností – EHS, EAS v roce 1994. Byla to guidelina pro prevenci ICHS v klinické praxi a populaci. Následovaly postupně doporučené postupy pokrývající jednotlivé obory celé kardiologie. Na jejich základě byly vytvářeny, dle úprav, ale většinou pečlivě opisovány (což nebylo na škodu) i doporučené postupy ČKS a ostatních národních kardiologických společností.

V roce 1999 bylo základním mottem inovovaných doporučení pro prevenci ICHS v klinické praxi a v populaci „poskytnout šanci každému občanu EU dožít se věku 65 let bez manifestní fatální ani nefatální formy ICHS“. Nejdůležitější otázkou bylo, jak ověřit úroveň jejich implementace (ne jen znalost) v široké klinické praxi. Zda to nejsou elaboráty sice velkého dosahu, ale malého dopadu (jak praví Woody Allen). Tak byly vytvořeny programy pro audit doporučených postupů v jednotlivých evropských zemích. Prvním a modelovým auditem byl EUROASPIRE I, realizovaný v roce 1995–1996; proběhl v 9 zemích a v ČR na obou interních klinikách v Plzni a na Klinice kardiologie IKEM. Byla to studie vědecká, velmi skromně financovaná. (Některá naše klinická pracoviště, jimž byla spoluúčast nabídnuta, se odmítla připojit.) Studie EUROASPIRE I měla vědecký ohlas a podle tohoto vzoru se provedly další audity úrovně implementace doporučených postupů, tj. EURO HEART SURVEY. Další fází těchto aktivit je EUROACTION (již se žádné praco-

viště v ČR neúčastní). EUROACTION je modelová, možností („feasibility study“), která má prokázat, zda intenzivní program změny životního stylu a intervence standardních rizikových faktorů v primární praxi u klinicky sice nepostižených, nicméně rizikových osob (podle rizikových tabulek SCORE), vede k dlouhodobému zlepšení prognózy z hlediska vývoje klinických manifestací ICHS.

V období 1999–2000 proběhl EUROASPIRE II již ve 12 evropských zemích a bylo možno porovnat, co se v implementaci doporučených postupů za oněch 5 let změnilo. Výsledky jsou známy z publikací v Eur Heart Journal, Lancetu a v dalších vědeckých časopisech, kde byly analyzovány některé dílčí otázky.

V roce 2006 se zrodila EUROASPIRE III a obě naše účastníci se pracoviště (II. interní klinika, FN Plzeň a Pracoviště preventivní kardiologie, IKEM Praha) sběr dat dokončila koncem roku tak, aby předběžné výsledky mohly být uvedeny na EUROPREVENT v Madridu v květnu 2007. Studie EUROASPIRE I a II byly financovány přímo z grantu poskytnutého ESC, takže dosti značná režie („overheads“) mohla být kryta; bylo pořízeno nutné vybavení, např. povinné mrazicí boxy na -70 °C a další technické vybavení.

EUROASPIRE III se uskutečnila na základě ústního příslibu grantu ČKS a velkorysého přístupu Lékařské fakulty UK v Plzni, která zabránila účinku „Hlavy 22“, vážné ohrožující zahájení i realizaci. Výsledky EUROASPIRE III budou, jak se domnívám, dobrou reprezentací úrovně akutní péče při akutním koronárním syndromu (AKS) i následné farmakologické sekundární prevence. Životní styl po AKS zůstal asi nedotčen. Nezískáme, oproti řadě dalších z 22 participujících evropských zemí, žádné informace o úrovni intervence nepostižených, ale rizikových osob v primární péči, a to jen pro nedostatek poskytnutých finančních prostředků na druhou část EUROASPIRE III („primary arm“).

Zdravotní péče je u nás ve velkém rozsahu a na vysoké úrovni poskytována všem, kteří ji vyžadují, a to je prakticky každý, který má obraz AKS. Naprostá většina nemocných v EUROASPIRE III, oproti EUROASPIRE I a II, prodělala revaskularizaci; dostávají aspirin, betablokátory, statiny a inhibitory ACE, nehubnou, zřejmě spíše tloustnou, málo se pohybují a o dietě nic nevědí. Péči zcela zřejmě neposkytujeme těm, kteří ji potřebují, ale nevyžadují. Zamysleme se tedy nad tím nejen v rámci ČKS, ale i v oblasti řízení veřejného zdravotnictví, zda s tím můžeme něco dělat. Pro farmaceutické firmy z těchto aktivit zisk nekyne, ale což kdyby pro programy typu EUROACTION poskytlý něco ze svých přebytků?

prof. MUDr. Jaroslav Šimon, DrSc.,  
Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika,  
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Plzeň