

Pacienti po infarktu nechtějí být zdraví

Jindřich Špinar, Jiří Vítovec*

Interní kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Brno-Bohunice,

**Interní kardiologická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno, Česká republika*

Kardiovaskulární nemoci jsou v rozvinutých zemích hlavní příčinou úmrtí; výrazně se podílejí na invaliditě a nemocnosti populace a ve stále větší míře na rostoucích nákladech zdravotní péče.⁽¹⁾ Světová zdravotnická organizace uvádí, že kardiovaskulární onemocnění jsou zodpovědná asi za 30 % celosvětové mortality.⁽²⁾

Ischemická choroba srdeční (ICHS) postihuje lidstvo nejméně 3000 let, jak bylo dokumentováno na mumii starého Egypta. Necelých 300 let je popsán syndrom anginy pectoris (AP), který souvisí s uzávěry koronárních tepen. Akutní klinické formy ICHS definoval koncem 19. století W. Osler (1849–1919), který rozlišoval anginu pectoris minor, anginu pectoris major a status anginosus. V. P. Obrázcov (1849–1920) a N. D. Stražesko (1876–1952) jako první popsali v roce 1910 klinické projevy akutního infarktu myokardu (IM). V roce 1920 publikoval H. E. B. Pardee práci o EKG-známkách obstrukce věnčité tepny. První klinické popisy akutního IM v českých zemích pocházejí od Herlese (1900–1991) z roku 1930.

V první polovině minulého století byla úmrtnost na akutní infarkt myokardu (AIM) vysoká. Prvním počinem, který ji významně snížil, bylo zakládání jednotek intenzivní péče ve 2. polovině 60. let, které umožňovaly včasné odhalení život ohrožujících arytmií a jejich léčbu defibrilačním výbojem. Nemocniční úmrtnost se tehdy pohybovala kolem 20–30 %.

Práce DeWooda⁽³⁾ na počátku 80. let, který koronogramy na souboru 517 nemocných v různých obdobích časné fáze AIM prokázal, že většina případů AIM vzniká na podkladě intrakoronární trombózy, se stala základem pro skutečný průlom v léčbě AIM. Z DeWoodovy práce logicky vyplynulo, že rozrušení intrakoronárního trombu, a tím obnovení koronárního průtoku, by mělo být nejracionalnější léčebným postupem u AIM. To vedlo k nové vlně zvýšeného zájmu o skupinu látek schopných rozrušit trombus, tzv. trombolitik.

První pokusy s primární perkutánní koronární intervencí (PPCI) AIM nebyly příliš úspěšné. Až 90. léta 20. století ukázala, že tak lze léčit rutinně nemocné s akutním infarktem myokardu s elevací ST v EKG-nálezu s velmi příznivými klinickými výsledky při dosažení podstatně lepšího zprůchodnění uzavře-

né „infarktové“ tepny. To bylo ale od počátku kritizováno jako postup, který může být prováděn jen na exkluzivních pracovištích s výjimečně erudovanými odborníky, a proto jej nelze považovat za běžnou léčebnou metodu. Roky trvaly spory, zda je PPCI při léčbě AIM lepší než intravenózní trombolýza. Teprve kumulativní analýza 10 rozsáhlejších studií srovnávajících oba postupy⁽⁴⁾ prokázala statisticky významnou redukci mortality i dalších komplikací při léčbě PPCI ve srovnání s trombolýzou. Léčba perkutánní koronární intervencí (PCI, angioplastika), včetně PPCI, prodělala v posledních letech velký pokrok spočívající v rutinním zavedení intrakoronárních stentů a nových antitrombotik (ticlopidin, clopidogrel, blokátory IIb/IIIa destičkových receptorů), což dále zlepšilo klinické výsledky a posunulo srovnání obou metod zřetelně ve prospěch PPCI jak v běžné praxi, tak i v dlouhodobé prognóze.

Moderní léčba spolu s účinnou sekundární prevencí zvýšily dvouleté přežití pacientů po prodělaném infarktu myokardu za posledních 30 let téměř o 75 %. Velký pokrok v prognóze, diagnóze a terapii ICHS by byl nemyslitelný bez nejvýznamnějších úspěchů kardiologie 20. století. Patří k nim bezesporu EKG, Framinghamská epidemiologická studie, lipidová hypotéza aterosklerózy, koronární jednotky, echokardiografie, trombolytická léčba, srdeční katetrizace a koronární angioplastika, stenty, kardiochirurgie, implantabilní kardiovertery-defibrilátory a neodmyslitelně i studie PRAGUE, jejímž koordinátorem je prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc. Je zapotřebí zdůraznit, že popsání úspěchů jsou výsledkem velmi úzké kooperace teoretických a klinických kardiologů, stejně jako intenzivní spolupráce interdisciplinární; je také třeba vyzdvihnout, že Česká republika patří v této oblasti medicíny k naprosté světové špičce.

Společné úsilí evropských společností pro kardiologii, hypertenzi a aterosklerózu vedlo k uspořádání tří mezinárodních studií, které sledovaly kvalitu sekundární prevence ischemické choroby srdeční.

První studií, která mapovala situaci v devíti zemích včetně České republiky, byla provedena v období 1995–1996.

Cílem druhé studie, která probíhala v patnácti zemích v období 1999–2000, bylo ověřit, zda se daří stav zlepšovat a dosahovat cílů, stanovených mezinárodními společnostmi. Obě studie vycházely z poznatků studie ASPIRE (Action on Secondary Prevention

Adresa: prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC, Interní kardiologická klinika, FN Brno-Bohunice, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Česká republika, e-mail: jspinar@fnbrno.cz

by Intervention to Reduce Events), která probíhala ve Velké Británii a byly podle ní i nazvány – EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) I a II. Poslední EUROASPIRE III (8 zemí; za Českou republiku jsou v ní zastoupeny pracoviště FN Plzeň a IKEM Praha) byla prezentována na Evropském kardiologickém kongrese ve Vídni v září 2007 a měla ukázat, jak se zlepšil profil pacienta po infarktu myokardu ve vyspělých zemích, ve kterých jsou vydávány miliony eur (korun) na léčbu akutního infarktu myokardu, kde invazivní kardiologie zachraňuje tisíce až miliony životů ročně (v České republice klesla mortalita na akutní infarkt myokardu ze 2 000 na 1 000/rok v období let 1994 a 2004).⁽⁵⁻⁸⁾

Do studií EUROASPIRE I, II a III bylo zařazeno 3 180, 2 975 a 2 392 pacientů (Česká republika 331, 410 a 405 nemocných) obou pohlaví do 70 let věku, kteří byli hospitalizováni pro akutní koronární syndrom a/nebo u nichž byla provedena koronární angioplastika nebo koronární bypass, a kteří byli kontrolně vyšetřeni nejméně šest měsíců po propuštění z nemocnice. Byly sledovány změny způsobu života, ovlivnění rizikových faktorů a využívání možností farmakoterapie.

Mezinárodní doporučení pro sekundární prevenci ischemické choroby srdeční, vycházející převážně z poznatků ověřených velkými kontrolovanými studiemi, jsou jednoduchá a jasná. V angličtině je jejich soubor označován jako ABCDE:

- A – aspirin (lépe antiagregace),
- B – betablokátor,
- C – léky snižující koncentraci cholesterolu,
- D – dietní opatření a nekouření
- E – fyzická aktivita.

Nověji byly mezi doporučené léky zařazeny blokátory RAS – inhibitory ACE a AII antagonisté, které snižují morbiditu i mortalitu nezávisle na jiných způsobech léčby.

Celkově se ukazuje, že průměrný věk při akutním koronárním syndromu roste, z průměrného věku 59,3 let v roce 1995 na 60,9 let v roce 2006. Evropské studie ukazují, že vůbec nejhorší jsou výsledky v oblasti změn způsobu života. Ačkoli studie byly soustředěny na pacienty s akutním koronárním syndromem a/nebo po koronární intervenci, u kterých by bylo možné očekávat snahu předejít opakované srdeční příhodě, podíl kuřáků se nesnižuje (20,3 %, 21,2 %, resp. 18,2 % – v České republice 22,2 % v EUROASPIRE III !!!); mezi mladšími pacienty (zejména ženami) roste ještě více. Vysloveně znepokojující skutečností je zvýšení podílu obézních pacientů (BMI ≥ 30 kg/m²; z 25,0 % na 32,6 %, resp. 39,1 %), nadváha (BMI ≥ 25 kg/m²) byla dokonce u 82,2 % v roce 2006. S tím pravděpodobně souvisí i zvyšující se počty diabetiků (nárůst z 18 na 20 %, resp. 28 %, v České republice 30,8 % v roce 2006 !!!). K požadovanému zlepšení nedošlo ani u hypertenze – více než polovina pacientů měla hodnoty krevního tlaku nad normou (54,9 %, 54,0 %, 55,2 % v České republice v roce 2006 – 62,5 % !!!). Pozitivní trend zaznamenala kontrola cholesterolu. Procento nemocných s vysokým cholesterolem (nad 5,0 mmol/l) kleslo z 87,0 % na 59,6 %, resp. 28,0 % (v České republice z 89,4 % na 28,1 %).

Aspirin byl již v době první evropské studie užíván u více než 80 % pacientů po infarktu myokardu

a tento podíl se dále zvyšuje (93,2 % v roce 2006, v České republice 92,5 %). Vyšší bylo rovněž použití betablokátorů (56,0 % vs. 69,0 % vs. 85,5 % v České republice, z 65,3 % na 91,3 %) a také blokátorů RAS (inhibitorů ACE a AII antagonistů – 31,0 % vs. 49,2 % vs. 74,6 % v České republice – z 28,1 % na 76,1 %). Vůbec největší vzestup byl v užívání hypolipidemické terapie (32,2 % vs. 62,7 %, resp. 88,8 %; v České republice z 28,7 % na 90,3 % !!! – z toho v roce 2006 87,0 % statinů, v České republice 88,1 %).

Dosažené výsledky jsou označeny jako kolektivní selhání lékařské praxe v Evropě v otázce využití možností snížit rizika pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Při pohledu na uvedené údaje ale docházíme k názoru, že doktoři neselehali! Lékaři se opírají o doporučené postupy a dělají co mohou. Dalo by se říct, že farmakologická léčba je skoro optimální. Preskripce antiagregační léčby, betablokátorů a statinů představuje 90 %, preskripce blokátorů RAS 76 %. Kdo zklamal je ale pacient, který „nechce“ změnit svůj životní styl. Veškerá špatná kontrola hypertenze a diabetu vyplývá z toho, že 20 % nemocných po infarktu kouří a 80 % má nadváhu. Invazivní kardiolog řekne nemocnému oblíbenou větu – plastika se zdařila s optimálním výsledkem – a ošetřující lékař pokračuje slovy – máte vše, co po infarktu potřebujete – aspirin, inhibitor ACE, betablokátor i statin. Není to pravda! Lékař by měl říct – jste nemocný, infarkt se může opakovat a nejučinnější prevencí je zhubnout, pohybovat se a nekouřit. A trošku k tomu pomáhá i dobrý výsledek angioplastiky a předepsané léky. Vždyť za posledních 15 let klesla mortalita na akutní infarkt na polovinu, ale mortalita na ICHS se nezměnila. Je třeba vyvinout maximální úsilí v primární a sekundární prevenci, jinak se kardiologie stane oborem, který bude „vyrbět“ staré nemocné se srdečním selháním a cukrovkou, kteří se budou trápit ve svých nemocech.

LITERATURA

1. Šimon J a kol. Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001:264.
2. Špinar J, Vítovec J a kol. Ischemická choroba srdeční. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003:364.
3. De Wood MA, Spores J, Notske RN, et al. Prevalence of total coronary occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction. *New Engl J Med* 1980;303:897–902.
4. Weaver WD, Simes RJ, Betriu A, et al. for the Primary Coronary Angioplasty versus Thrombolysis Collaboration Group. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative overview. *JAMA* 1997;278:2093–8.
5. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. EUROASPIRE Study Group. *European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events. Eur Heart J* 1997;18:1569–82.
6. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001;22:554–72.
7. Euroaspire: hodnocení pokroku v sekundární prevenci ICHS. *Medicína* 2001;5:12.
8. Wodd DA. Euro Heart Survey Programme – EUROASPIRE III. ústní sdělení. www.escardio.org