

Perspektivy preventivní kardiologie aneb co dále

Jaroslav Šimon

*Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika, Fakultní nemocnice Plzeň
a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Plzeň, Česká republika*

V posledním čísle Cor Vasa 2007 vyšel redakční článek J. Špinara a J. Vítovce nazvaný *Pacienti po infarktu nechtějí být zdraví*. Zhodnotili dobře současnou situaci v sekundární prevenci po akutních koronárních příhodách u nemocných, kterým byla poskytnuta úspěšná velice specializovaná a nákladná léčba. Na základě výsledků studie EUROASPIRE III, o níž se zatím pouze jednalo na Evropském kardiologickém kongrese ve Vídni, byl stav označen za kolektivní selhání lékařské praxe v Evropě. Na studii se podílela také dvě česká centra v Plzni a v Praze. Co tedy dále? Existuje systémové řešení? Je to problém medicínský, socioekonomický případně politický? Metodika, jak na to, se hledá v celé Evropské unii. Proto určitou naději pro budoucnost představují zamýšlené aktivity ČKS, které uváděl M. Aschermann v 1. čísle Cor Vasa 2008. Významným krokem je projekt ČKS *Zdravé srdce 2007*, který je zaměřený na děti a adolescenty.

V červnu 2004 se sešla Evropská rada za předsednictví Lucemburska a projednávala problematiku zaměstnanosti, sociální politiky, zdraví a spotřeby ve státech Evropské unie. Jednání vedlo k Lucemburské deklaraci, která zahrnuje i strategii boje proti kardiovaskulárním chorobám (<http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>). Za rok poté se v roce 2005 sešli zástupci ministerstev zdravotnictví, Evropské kardiologické společnosti, národních kardiologických společností (nevím kdo jmenovitě zastupoval ČKS), European Heart Network, National Heart Foundations na konferenci o srdečním zdraví (Heart Health Conference). V deklaraci se zdůraznila nutnost, aby všechny členské státy přijaly jako prioritu dosáhnout změny intervence v oblasti životního stylu, protože jen tak je možno snížit zdravotní i ekonomické břemeno vyvolávané kardiovaskulárními (KV) chorobami. Všechny léčebně-preventivní intervence životního stylu primárně orientované na prevenci KV chorob snižují prokazatelně dopady dalších chronických neinfekčních chorob, tj. chronických nemocí bronchopulmonálních, diabetu, osteoporózy a typů rakoviny, jež se nejčastěji vyskytují v populaci, tj. plic, mammy a kolorektální oblasti... Deklarace také zdůraznila, že to není jednoduchý úkol. Vyžaduje podporu, zaštitění

a aktivní pomoc i spoluúčast řady organizací jako jsou Světová zdravotnická organizace (WHO), profesionální lékařské organizace, politické a občanské organizace řídící zemědělskou výrobu, dopravu, péči o zevní prostředí, sociální politiku a výchovu. Na uskutečnění strategických cílů se musejí podílet také laické, patientské organizace šířící povědomost o této problematice mezi občany tak, jak to činí v Evropě dobře fungující European Heart Network, jejíž obdoba však v České republice chybí. Účast informačních médií je nezbytná právě tak, jako potravinářského průmyslu, farmaceutických firem, univerzit a státních i lokálních autorit.

Byla tak vytvořena Evropská charta zdravého srdce (European Heart Health Charter www.heartcharter.eu), jejímž mottem je: „každé dítě, které se narodí v novém miléniumu má právo žít nejméně do 65 let věku bez postižení takovou KV chorobou, které je možno předejít“, což jsou především kardiovaskulární choroby vznikající na bázi aterosklerózy. Také Evropský parlament vydal v roce 2007 rezoluci o nutnosti aktivně snižovat zdravotní, sociální i ekonomické břemeno působené KV chorobami, neboť:

- V Evropě umírá 1,9 milionů osob ročně a z toho 42 % na KV choroby.
- Náklady na KV choroby činí ročně 169 miliard eur, z toho jde 105 miliard eur na léčbu a 64 miliard eur stojí ztráta produktivity a následná péče.
- Zdraví není jen absence nemoci, nýbrž dobrá fyzická mentální a sociální kvalita života.
- Změna demografické struktury bude vyžadovat prodloužení činné pracovní aktivity do podstatně vyššího věku než doposud. Tomu brání především KV choroby, které mají nejvyšší incidenci a prevalence kolem 70 let věku a omezují pracovní schopnost ve vyšším věku.
- Na preventivní programy v oblasti veřejného zdravotnictví se poskytuje pouze 3 % rozpočtů na zdravotní péči.
- Nejzávažnější faktory urychlující rozvoj KV chorob známe, jsou to: kouření, alkohol, nadbytek viscerálního tuku vedoucího k metabolickému syndromu a diabetu, dyslipidemii a hypertenzi.
- Riziko většiny KV chorob lze snížit změnou životního stylu populace a včasnou identifikací rizikových osob.
- Metodiky ke snížení rizika v celé evropské populaci pomocí populační strategie byly vypracovány WHO v roce 2003 a týkají se hlavně primární prevence. Ke snížení rizika v sekundární prevenci byly vypracová-

Adresa: prof. MUDr. Jaroslav Šimon, DrSc., Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika, FN Plzeň a LF UK, E. Beneše 13, 305 99 Plzeň, Česká republika, e-mail: jaroslav.simon@lfp.cuni.cz

ny Doporučené postupy evropské i jim zcela odpovídající Doporučení českých odborných společností.^(1,2)

- Neexistuje evropská strategie ke snížení břemena KV chorob.
- V členských zemích EU jsou podstatné rozdíly v prevalenci a incidenci KV chorob.

Co je tedy třeba dělat?

- Vytvořit strategii podpory zdraví, léčby a rehabilitace rizikových osob, výchovy lékařů zdravotníků i celé populace se zaměřením na děti a adolescenty, ženy, osoby s nižším vzděláním a etnické minority (částečně to splňuje výše uvedený program ČKS, který uvedl M. Aschermann v citovaném úvodníku).
- Zavést do široké praxe reálného lékařského světa metodiky komplexní léčebné a preventivní intervence podle existujících a široce dostupných doporučených postupů.
- Vytvořit a finančně podporovat audity účinku a implementace komplexní léčebné a preventivní péče v oblasti kardiovaskulárních chorob (surveillance). Monitorovat změny morbidit a mortalit populace na kardiovaskulární choroby systémem registru. K tomu byla vytvořena standardní metodika v projektu EUROCIS (Cardiovascular Indicators Surveillance Set).⁽³⁾

K dosažení cílů je třeba zlepšit přístup k této problematice na následujících úrovních:

- na úrovni celkové populace
- na úrovni rizikových a postižených pacientů
- na úrovni kardiologů, internistů a ve všeobecné lékařské praxi
- na úrovni orgánů řídících a financujících zdravotnictví
- na úrovni orgánů a institucí s politickou odpovědností

Jaký je současný stav? Farmakoterapie se úspěšně rozvinula v souladu s doporučenými postupy. Spektrum diagnóz akutních koronárních syndromů (AKS) v roce 2006 se podle EUROASPIRE III změnilo oproti předchozím studiím. Naprosté většině, asi 90 %, je poskytnuta invazivní revaskularizační léčba v akutním stadiu (PTCA nebo CABG). Dva faktory se vymykají zdravotnické péči: „killer No 1“, tj. kouření a nízká fyzická aktivita, kterou můžeme označit za „killer No 2“. Vede totiž ke známému komplexu faktorů tvořících metabolický syndrom. Racionální dieta totiž bez adekvátní fyzické aktivity nestačí k prevenci a léčbě tohoto syndromu.

Zajistit fyzickou zdatnost obyvatelstva (národa) proklamoval v 19. století R. Virchow v bismarkovském Prusku. Zakládaly se turnerské spolky a podle jejich vzoru založili Tyrš a Fügner Sokol. Téměř všechny politické strany měly své tělovýchovné spolky v době první republiky (DTJ, Orel a další, nemluvě o rozvoji skautingu, organizací YMCA a YWCA). Stát na to poměrně štědře přispíval.

Průměrný věk dožití se v celé Evropě i u nás v posledním desetiletí prodloužil a tento trend se díky stále se zlepšující lékařské péči bude zřejmě nadále zvyšovat. Je třeba, aby byl prodloužen aktivní věk (DALY /Disability Adjusted Life Years/). Zajistit to pouze trvalá a pravidelná fyzická aktivita. Všichni stárneme již od narození. Jedinou výjimkou byl jistý Benjamin Button ve známé humoristické povídce Francise Scotta Fitzgeralda.

V našich zeměpisných šířkách maximální spotřeby O_2 (VO_2 max.) dosahují ženy v 16 letech a muži v 18–19 letech.⁽³⁾ Tyto hodnoty jsou konstantní přibližně do 30–35 let. Potom VO_2 max. klesá v průměru o 8 % za deset let. Fyzická aktivita a trénink snižují rychlost poklesu VO_2 max. asi o 5 %.⁽⁴⁾ Mechanismy, jak k tomu dochází, jsou studovány na molekulární úrovni. Důležitou roli má exprese genu pro SERCA 2a protein (SarcoEndoplasmic Reticulum Ca ATPase, izoforma 2a) regulující metabolismus Ca ve svalstvu. S věkem jeho expresivita klesá. S přibývajícím věkem dochází k sarkopenii, úbytku zejména svalových vláken 1. typu, které mají více mitochondrií, lépe spalují tuky a mají vysokou inzulinovou senzitivitu. Začnou převažovat svalová vlákna 2. typu, která mají mnohem méně mitochondrií, nedokážou dobře spalovat tuky a jsou málo inzulinosenzitivní. Ty převažují u diabetiků. V těchto vláknech se zpomaleným metabolismem se tvoří vazivo, ukládá se tuk, zrychluje se apoptóza. Procesy jsou zřejmě programovány z hippocampu.⁽⁵⁾

Tradičně se k léčebné rehabilitaci u nás využívají lázeňské programy. Jejich účinek bývá krátkodobý, jak jsme před léty prokázali.⁽⁶⁾ Ve většině evropských zemí tyto programy nikdy neexistovaly. Proto vznikl v rámci ESC (European Society of Cardiology) program EUROACTION. Proběhl v osmi zemích (Dánsko, Francie, Itálie, Polsko, Španělsko, Švédsko, Nizozemsko a Velká Británie). Prokázal účinnost 16týdenního rehabilitačního a léčebně-preventivního kurzu, zaměřeného na změny životního stylu a rizikové faktory. Byl prováděn středním zdravotnickým personálem v rodinách (podobná intervence je poskytována pacientům v našich lázních většinou pouze jen 4 týdny). Neví se, zda podobný program dokáže modifikovat rizikový profil nemocných a jejich rodin na dobu delší než jeden rok. Byl zaměřen pouze na sekundární prevenci po akutním koronárním syndromu. Asi není použitelný i v primární prevenci.

Jen lze konstatovat, že prevence KV chorob, i přes znalost účinných postupů, stále zaostává jak v klinické praxi, tak i ve veřejném zdravotnictví. Je nutno zlepšit přístup k této problematice na řadě úrovní: na úrovni populace, na úrovni orgánů řídících a financujících zdravotnictví, na úrovni orgánů a institucí s politickou odpovědností, na úrovni rizikových nebo postižených pacientů a na úrovni kardiologů, internistů i ve všeobecné praxi.

LITERATURA

1. Fourth Point Task Force. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. EJCP 2007;14 (Suppl 2):S1–S113.
2. Cífková R a pracovní skupina. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku Cor Vasa 2005; 47 (Suppl 9):3–14.
3. The EUROCIS Project Research Group Cardiovascular surveillance: The EUROCIS Project. EJCP 2007;14 (Suppl 3):S1–S61.
4. American College of Sports Medicine. Position stand on exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc 1998;30:992–1008.
5. Colomb J, Del Leon MJ, Kluger A, et al. Hippocampal atrophy in normal aging: an association with recent memory impairment. Arch Neurol 1993;50:967–73.
6. Filipovský J, Šimon J, Chrástek J, et al. Changes of blood pressure and lipid pattern during a physical training course in hypertensive subjects. Cardiology 1991;78:31–8.