Zamyšlení nad současnou kardiologií

Největším problémem současného období je nesporně epidemie kardiovaskulární aterosklerotické nemoci, která svými nejčastějšími důsledky zaujímá v příčinách úmrtí jedno z prvních míst. První epidemiologické studie odhalily rizikové faktory. Další intervenční studie ukázaly, že léčení rizikových faktorů vede k poklesu kardiovaskulárních onemocnění. Dnes se moderní farmakoterapie hlavních rizikových faktorů dostala konečně do povědomí lékařů a začíná být široce používána. Avšak nejméně polovina současných pacientů s infarktem nemá výrazné klasické rizikové faktory. Jsou již známy nové rizikové faktory, které se uplatňují spíše za určitých okolností. U mladých lidí jsou to především drogy. Nevyřešena je otázka stresu, který trápí téměř každého, ať úspěšného nebo neúspěšného jedince. Hlavní hrozbou je chronický stres a kvantitativní možnosti osobnostního zpracování stresoru.

Podklad civilizačních nemocí je multifaktoriální; jedním ne zcela objasněným jsou geny. Genetická predispozice je většinou polygenní. Geny mají současně význam modulátorů zevních faktorů. Vzájemná interakce genetických a negenetických (zevních) rizikových vlivů může vzniku nemoci zabránit, oddálit ji, nebo umožnit.

Pochopení kořenů zmíněné nemoci můžeme hledat v hluboké minulosti, u následovníků *pračlověka* s otázkou, jak byl po biologické stránce asi vybaven. Mnoho nevíme. Byl to *sběrač* a *lovec*, jistě musel být tělesně zdatný. Jeho věk až na výjimky byl krátký, méně než 35 let, umíral na úrazy, vykrvácení a infekce. Nemůžeme tedy spolehlivě soudit, jaká tehdy byla možná délka lidského života. Na jedné straně jsou zprávy o ojedinělé dlouhověkosti, na druhé straně v egyptských papyrech se našly i ojedinělé zprávy o „kostěných" usazeninách v cévách. Výskyt klasických rizikových faktorů byl asi minimální. V zásadě primitivní civilizace aterosklerózou v dnešním pojetí nechořely. Jistě však již první člověk trpěl životními *stresy* – obecně bojem o přežití – vyúsťujícím v reakci „*boj, nebo útěk*". Rozpětí jeho biologických parametrů muselo být velké. Jejich klidové hodnoty byly nízké, uvažuje se o krevním tlaku okolo 115/70 mm Hg, sinusové srdeční frekvenci okolo 50/min, glykemii 3,5 mmol/l, celkovém cholesterolu pod 4 mmol/l. *Alarmová reakce* zajistila co nejrychlejší uvolnění energie ke svalovému výkonu. Uvolněné živiny byly při zátěži spotřebovány. Během tisíciletého civilizačního procesu se stres začal odehrávat v čistě psychoemociální rovině. Všechny parametry se začaly vracet k normálu zpomaleně, nedocházelo k využití uvolněných energetických rezerv. Klidové hodnoty se tak zafixovaly na vyšších úrovních (opak platí o maximální spotřebě kyslíku), takže u moderního člověka se staly samy o sobě rizikovými faktory, a to nejenom kardiovaskulárních, ale i dalších onemocnění včetně onkologických. Je nyní otázkou, zda *pračlověk* se svým biologickým vybavením je stejným biologickým materiálem jako *moderní člověk*, a zda je možno ve všech případech bez následků jít cestou snižování terapeutické cílové hodnoty biologických parametrů na prapůvodní hranice. Nejde přece o výsledek studie, ale o komfortní prodlouženou prognózu pacienta.

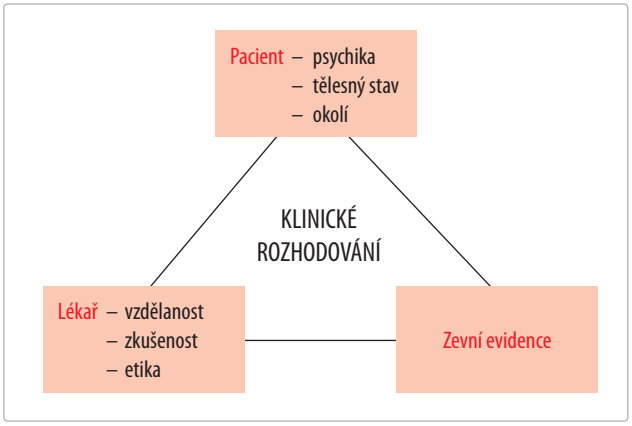
V tomto kontextu vystupuje význam *prevence*, která by se měla provádět od dětství. Právě obezita dětí byla Americkou kardiologickou společností (AHA) v roce 2008 označena jako jedna z nejvýznamnějších oblastí kardiologie, vyžadující okamžitou nápravu. Základním, nejjednodušším a nejlacinějším přístupem k úpravě rizikových faktorů je *změna životního stylu*. Avšak právě životní styl se více méně trvale zhoršuje. Naráží na nízké zdravotní uvědomění a vzdělanost současné neukázněné populace. Základní jednoduchá náprava spočívá v jistém návratu k prapůvodnímu způsobu života; obecně platí – nekuř a chraň se drog, zdravě se stravuj, zhubni na vhodnou hmotnost, nepij více než doporučené množství alkoholu denně, hýbej se a relaxuj! Nedodržováním prevence nemocní ztrácejí benefit, který musí být „dohánět" intenzivnější *farmakoterapií*.

Moderní léčba prodlužuje lidský život. Standardizovaná úmrtnost se snižuje, protože se přesouvá do vyšších věkových decennií, které statistiky často již nezahrnují. Globální úmrtnost a příčiny úmrtí se nemění. Pacienti budou stále více rizikoví a polymorbidní. Strmě se zvýší náklady na zdravotnictví.

Vzhledem ke stárnutí populace, polymorbiditě a polypragmazii, se obrazy nemocí mění a komplikují, a tím se komplikuje i diagnostika a léčba. Lékař musí být na komplikace *připraven*. Také léčebný proces je ze všech těchto důvodů stále rizikovější. Vyžadování *informovaných souhlasů* se stává naléhavější. Pouhou připomínkou jsou starší práce, které označovaly za konečnou příčinu smrti kardiaků až ve 25 % digitalisovou toxicitu.

Narůstající počet velkých intervenčních *klinických studií* ukazuje, že nejlepší výsledky kombinovaných sledovaných ukazatelů dává u „léčené" větve ve srovnání s „placebovou" návrat cílových hodnot k prapůvodním biologickým parametrům. Studie se však provádějí na omezeném počtu probandů po omezený časový úsek. Mají řadu vstupních a vylučujících kritérií, která často vytvářejí ze studijní populace selektované skupiny; všichni probandi mají svou běžnou terapii (kromě zkoušeného léku, resp. placeba). Výsledky platí tedy výhradně pro zkoumanou skupinu. Statisticky se odvozuje pravděpodobnost úspěchu léku v populaci. Život není věčný a určité prodloužení života pacientů by mělo být vždy provázeno zlepšenou kvalitou života. Pak je splněn záslužný cíl správné klinické praxe. Překonáme však všechny ekonomické a etické bariéry?

Nevidím nutnost studovat akronymy studií, které již s obsahem práce ani nesouvisejí a při jejich početním nárůstu ani není možné si je všechny pamatovat. Uspořádání studie je důležité spíše pro analytiky (počet, věk, pohlaví, vylučující kritéria, která často výsledky oklešťují). Praktické výsledky studií mají popsat především zkoumaný lék z hlediska jeho patofyziologického působení, jeho indikace, kontraindikace, interakce a nežádoucí účinky a zařazení podle typu studie do stupnice léčebného významu. Dnes si již nelze představit zavedení nového léku do *praxe* a do *doporučení* (guidelines) bez pozitivní studie. Léčebné algoritmy nejsou však provázeny diagnostickými algoritmy – pro praxi je důležité, aby byla nemoc před začátkem



Obrázek 1 **Medicína založená na důkazech**

léčby komplexně diagnostikována. Nezapomínejme, že *medicínou založenou na důkazech (obrázek 1)* se rozumí použití vyzkoušeného *léku* (tzv. *zevní evidence*) vždy podaného *lékařem* (s jeho umem a rozumem založeným na etice) *pacientovi* (s jeho fyzickou, emoční a psychosociální kondicí). Důležitý je vztah mezi lékařem a pacientem jako klientem, navozený opakovanou komunikací. Z ní vychází vzájemná důvěra, kdy nic nemá být zamlčeno a slíbené pokud možno splněno – je také podkladem dobré adherence nemocného k léčbě. Empatie lékaře a dobré slovo mohou mít i léčebný vliv. Udává se, že každý lék má placebový účinek až v 30 %. V tomto trojúhelníku se dnes zřejmě pohybuje *lex artis medicinae*. Víme však, co se děje v ordinacích?

Kardiologie se podobně jako většina lékařských oborů dnes již nedá naučit pouze z knih. Na místě je kontinuální práce u lůžka a v ordinaci, provázená diskusí s dohlížejícím zkušenějším pracovníkem. Citelně chybí jasně stanovené celoživotní vzdělávání kardiologů i všech lékařů. Pregraduální i postgraduální kardiologie potřebuje naléhavě, jako celý zdravotní systém včetně školství, v dohledné době racionální reformu. Co však potřebuje *společnost* na prvním místě? – Změnit životní styl!

Prof. MUDr. Miloš Štejfa, DrSc., FESC,
bývalý přednosta I. interní kardioangiologické kliniky,
Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno,
e-mail: milos.stejfa@seznam.cz