

Jak změnit kardiovaskulární osud našich pacientů?

doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.

Interní klinika FNKV a 3. LF UK Praha

Hypertenze a dyslipidemie se jako obvykle asymptomatické rizikové faktory podílejí na rozvoji kardiovaskulárních (KV) onemocnění již u osob relativně mladého věku – zhruba od 40 let. Tito pacienti jsou vystaveni nepříznivému působení vysokého krevního tlaku a LDL cholesterolu na cévní stěny dlouhodobě, čímž se kumuluje jejich aterosklerotické postižení. Záchyt těchto KV rizikových faktorů, rozhodnutí o včasné intervenci a přesvědčení pacienta ke spolupráci při preventivní léčbě může výrazným způsobem ovlivnit výskyt KV příhod, a tím i osud pacienta. Zde prezentujeme kazuistiku obézního 62letého kuřáka s akutním infarktem myokardu a dysfunkcí levé komory srdeční, který 20 let odmítal terapii hypertenze a dyslipidemie.

Klíčová slova: hypertenze, dyslipidemie, koncept časného stárnutí cév, kardiovaskulární riziko, cévní věk, kvalita života, komunikace s pacientem, fixní kombinace léčiv.

How to change cardiovascular prognosis of our patients?

Hypertension and hyperlipidemia as (usually asymptomatic) risk factors contribute to the progression of cardiovascular diseases since younger adulthood (40 years). These patients are exposed to these risk factors for a long time resulting in accumulation of atherosclerotic damage. Early diagnosis and intervention of these factors together with communication with the patient about the risk have the impact on the occurrence of cardiovascular events. We present the case of a 62-year old smoker with acute myocardial infarction and left ventricle dysfunction who has been refusing the pharmacotherapy of hyperlipidemia and hypertension for 20 years.

Key words: hypertension, hyperlipidemia, early vascular aging concept, cardiovascular risk, vascular age, quality of life, communication with patients, fix drug combinations.

Úvod

Včasnou souběžnou a dlouhodobou intervencí klíčových kardiovaskulárních (KV) rizikových faktorů, jako je dyslipidemie a hypertenze, můžeme změnit osud našich pacientů. K dosažení dobrého výsledku je ale třeba vhodným způsobem vysvětlit zdravotní problém pacientovi, nejlépe s využitím informace o cévním věku, přesvědčit ho o významu časně intervence odůvodněné efektem času po jaký vysoký krevní tlak a LDL cholesterol na stěny cév působí, zdůraznit přínos preventivní KV léčby v podobě zachování dobré kvality života a zvyšovat adherenci pacientů k léčbě nejen prostřednictvím efektivní komunikace,

ale i využitím kombinací léčiv, které výrazně zjednodušují léčebný režim, optimálně fixních kombinací.

Kazuistika

Pacientem je 62letý muž, právník v invalidním důchodu, diabetik 2. typu s kombinovanou hyperlipidemií, který kouří a má hypertenzi. O diagnóze hypertenze a dyslipidemie ví přes 20 let, ale prakticky se neléčil. Diabetes mellitus 2. typu mu byl diagnostikován před 5 lety. Nyní přichází po prodělaném oligosymptomatickém akutním infarktu myokardu s těžkou dysfunkcí levé komory srdeční.

Tento osud pacienta bylo možné ovlivnit již před 22 lety ve věku 40 let. Tenkrát to byl zdravý, pracovní velmi vytížený právník, kuřák, u něhož byla v rámci preventivní prohlídky zjištěna nadváha (BMI 27 kg/m²), hypertenze 150/100 mm Hg a kombinovaná hyperlipidemie (celkový cholesterol 6,4 mmol/l, LDL cholesterol 4,8 mmol/l a triglyceridy 1,95 mmol/l). Výsledky vyšetření ovšem bagatelizoval, opakovaně udával řadu důvodů, proč byly v daný den hodnoty zvýšené a sliboval jejich normalizaci při příští kontrole. Odmítal farmakoterapii. Lékař respektoval přání a farmakoterapii mu nenutil.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY:

doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D., brunerova@seznam.cz

Interní klinika FNKV a 3. LF UK Praha, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

Cit. zkr: Med. praxi. 2022;19(1):68-73

Článek přijat redakcí: 6. 12. 2021

Článek přijat k publikaci: 6. 1. 2022

INZERCE

INZERCE

Diskuze

Přínos časné intervence a koncept časného stárnutí cév

Dnes víme, že časná intervence všech KV rizikových faktorů může významně ovlivnit KV riziko a rozvoj KV onemocnění. Koncept časného stárnutí cév (EVA – Early Vascular Aging) vychází z práce, která prokázala, že časná souběžná a dlouhodobá intervence KV rizikových faktorů prodlužuje délku života ve zdraví se zachovanou produktivitou a dobrou kvalitou. Pozdní zahájení intervence již nemá takový efekt a nevede k tak výraznému oploštění křivky rizika KV onemocnění (1). Koncept EVA dokládá význam faktoru času pro KV prognózu. Nedávná studie potvrdila, že riziko KV příhody závisí na kumulativní expozici LDL cholesterolu vyjádřené jako plocha pod křivkou hladiny LDL cholesterolu v čase (obr. 1) (2). Riziko je tedy dáno 2 parametry – výškou hladiny LDL cholesterolu a dobou, po kterou přetrvává. Tyto údaje naznačují, že časná kompenzace hladiny LDL cholesterolu může být přínosnější než pozdější zásah.

Význam komunikace s pacientem – cévní věk

Důvody k odkládání intervence KV rizikových faktorů jsou určité jak na straně pacienta, např. nepochopení problematiky, nedosta- tečná adherence k léčbě, tak na straně lékaře v podobě nedůsledného časného screeningu či terapeutické inercie. Důležitým nástrojem pro překonání těchto bariér je dobrá komu-

nikace mezi lékařem a pacientem. Lékař musí věnovat pacientovi dostatek času a názorně mu vysvětlit jeho zdravotní problém. K tomu lze velmi dobře použít tabulky cévního věku (3). V primární prevenci je těžké přesvědčit pacienta k farmakoterapii, protože pacient nevidí a nepocituje žádný zdravotní problém ani efekt terapie. Je proto nutné ho přesvědčit o významu intervence, která je přínosem právě pro něj, nikoliv pro lékaře. Ke zvýšení adherence může vést i zdůraznění zachování dobré kvality života při kompenzaci KV rizikových faktorů.

Terapeutická inercie

Bylo prokázáno, že terapeutická inercie (TI – neschopnost zahájit nebo intenzifikovat léčbu, když je tento postup na základě výsledků indikován) je častá a významně přispívá ke špatné kontrole hypertenze a dyslipidemie (4, 5). Retrospektivní kohortová studie zahrnující 7 253 pacientů s nedosta- tečně kompenzovanou hypertenzí hodnotila TI podle skóre vypočítaného jako rozdíl mezi očekávanou a provedenou změnou anti- hypertenzní medikace během 4 kontrol u lé- kaře. Antihypertenzní terapie byla upravena jen na 13,1 % kontrol. Pacienti v nejnižším kvartilu TI (s nejmenší terapeutickou iner- cií) měli téměř 33× vyšší pravděpodobnost kompenzace krevního tlaku (TK) při poslední 4. návštěvě než pacienti v nejvyšším kvarti- lu TI (poměr šancí 32,7, 95 % CI 25,1–42,6, $p = 0,0001$). Multivariační analýza ukázala, že TI se z 19 % podílela na variabilitě TK (4).

Další práce dokládá, že ani v sekundární KV prevenci není kompenzace rizikových faktorů důsledná. Z 22 888 pacientů s KV onemocně- ním bylo cílové hodnoty LDL cholesterolu ($< 2,59$ mmol/l) dosaženo v 71,4 % případů. Ze zbývajících pacientů byla intenzifikace hypoli- pidemické léčby během 45denního sledování provedena jen ve třetině případů (5).

Z výsledků vyplývá, že snížení TI je kri- tickým aspektem dosažení kompenzace KV rizikových faktorů. Pacient by měl být vždy ve středu zájmu terapeutického přístupu, řádně poučen a podílet se na rozhodování spolu s lékařem. Přístup k léčbě by měl přitom vycházet z doporučení a postupovat podle promyšleného algoritmu.

Faktor času – cévní věk

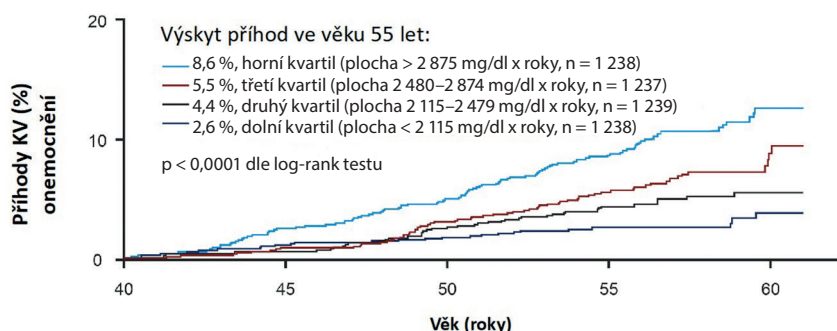
V době před 22 lety měl popisovaný 40le- tý pacient KV riziko dle tabulek SCORE (6) nízké – pravděpodobnost úmrtí na KV one- mocnění v dalších 10 letech činila 2 %. Zde je proto klíčová role lékaře, který mu musí jeho zdravotní problém názorně vysvětlit. K tomu výborně slouží tabulky cévního věku, které ukazují, jakému věku odpovídá stav cév. U to- hoto 40letého pacienta odpovídalo stáří cév 53letému muži (3), což může být zásadním argumentem (obr. 2).

Adherenci takovýchto pacientů, kteří se cítí zcela zdraví, je možné podpořit několi- ka způsoby. Prvním z nich je vysvětlit přínos časné nasazené léčby hypertenze a dyslipide- mie jako efekt času. Bylo doloženo, že každé snížení hladiny LDL cholesterolu o 1 mmol/l a systolického tlaku krve o 10 mm Hg je při celoživotní expozici spojeno s 80% snížením celoživotního rizika KV onemocnění a 68% sni- žením celoživotního rizika úmrtí z KV příčin (7). Přínos intervence těchto KV rizikových faktorů roste s časem. Argument cévního věku je pro pacienty snáze pochopitelný než KV riziko a existují data, že jeho využívání při komu- nikaci s pacientem zlepšuje kompenzaci KV rizikových faktorů v porovnání s komunikací využívající KV riziko (3).

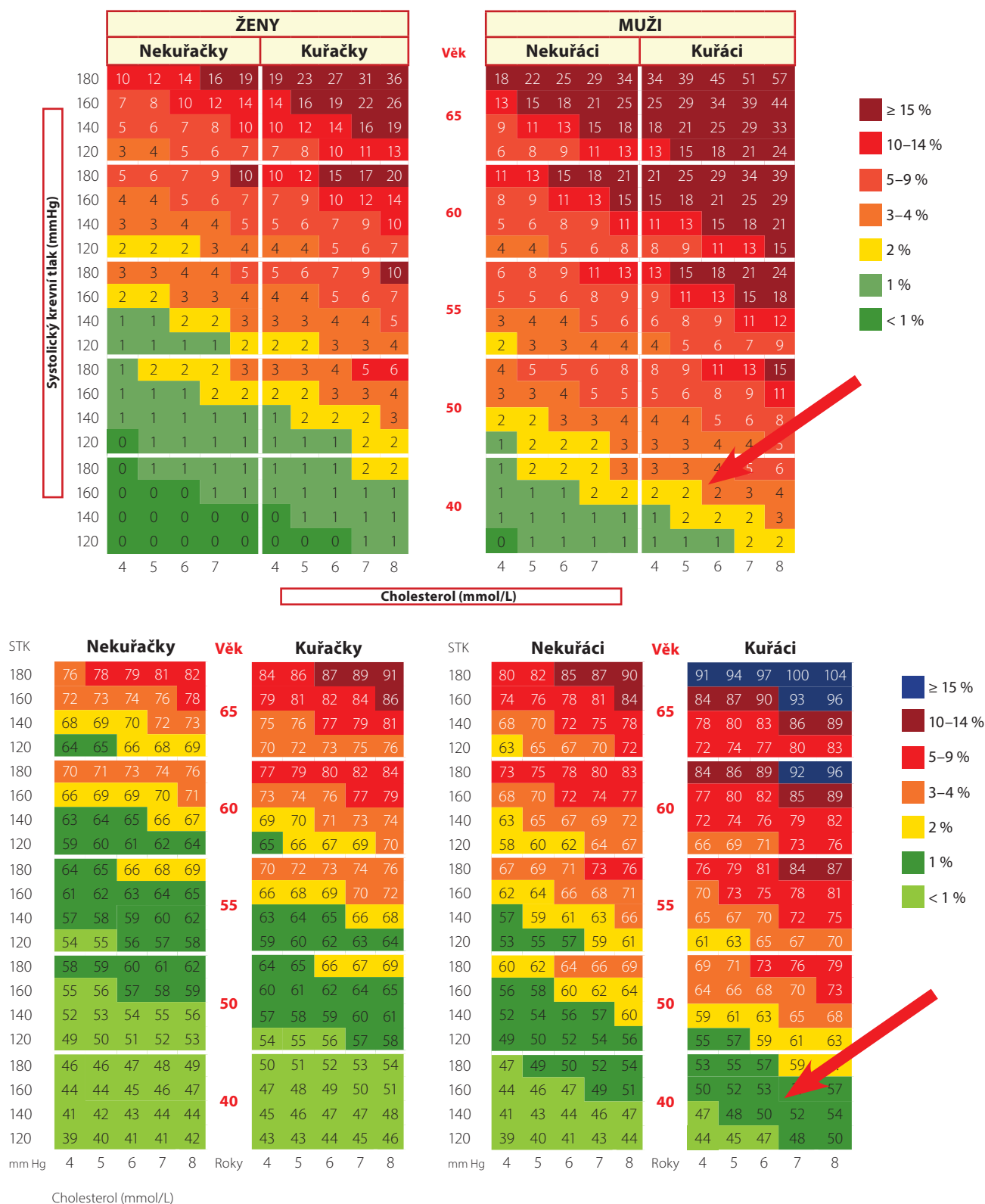
Fixní kombinace jako jedna z cest zvýšení adherence s léčbou

Další cestou ke zvýšení adherence k léč- bě KV rizikových faktorů je využívání fixních

Obr. 1. Riziko KV příhody pouze podle kumulativní expozice LDL cholesterolu v čase (plochy pod křivkou hladiny LDL cholesterolu v čase). Upraveno podle literatury (2)



Obr. 2. Tabulky cévního věku k objasnění KV rizika (3)



kombinací. Přínosem je co nejjednodušší režim užívání – 1 tableta 1× denně. Bylo prokázáno, že při použití fixních kombinací v porovnání s obvyklou péčí dochází u pacientů s KV onemocněním nebo s vysokým KV rizikem ke zvýšení adherence o 44 % (8,9). Vyšší adherence je navíc dosaženo, pokud je u pacienta s hypertenzí a dyslipidemií

zahájena intervence obou rizikových faktorů současně (8, 9).

Přínos v podobě prodloužení kvalitního života

Argumentem, který může dále přesvědčit pacienta k dodržování léčby hypertenze a dyslipidemie, je kvalita života. Očekávaná

délka života se za poslední desetiletí významně prodloužila. V ČR k tomu bohužel došlo za cenu zhruba ¼ života stráveného v nemoci. Čas v nemoci je spojen omezením aktivit se snížením kvality života. Délka života stráveného v nemoci je v ČR významně větší ve srovnání s vyspělými zeměmi. České ženy zauímají 2. místo v Evropě z hlediska počtu let života

prožitých v nemoci z důvodu KV onemocnění, čeští muži místo páté (10, 11).

Nákladová efektivita KV prevence

Nedávná studie z Nového Zélandu hodnotila přínos 5leté KV preventivní léčby statiny a antihypertenzivy u mužů ve věku 60–64 let. Kromě toho, že tato kombinovaná léčba vedla ke snížení rizika koronárních příhod o 41 % a cévních mozkových příhod (CMP) o 47 %, prokázala nákladovou efektivitu při přepočtu na získané QALY (rok získaného života v plné kvalitě/zdraví). Tato práce také stratifikovala zařazené pacienty

podle vstupního KV rizika a ukázala, že již během 5 let došlo k získání 0,6 QALY u pacientů s nízkým KV rizikem ($\leq 5\%$), přičemž pacienti se vstupním KV rizikem ($> 20\%$) získali během 5 let kombinované léčby hypertenze a dyslipidemie 4,9 QALY (12). Autoři práci uzavřeli s tím, že kombinace statin + antihypertenzivum je nákladově efektivní u všech vrstev KV rizika a prodlužuje život v dobré kvalitě i u pacientů s nízkým KV rizikem.

Závěr

Včasnou souběžnou a dlouhodobou intervencí klíčových KV rizikových faktorů,

jako je dyslipidemie a hypertenze, můžeme změnit osud našich pacientů. K dosažení dobrého výsledku je ale třeba vhodným způsobem vysvětlit zdravotní problém pacientovi, nejlépe s využitím informace o cévním věku, přesvědčit ho o významu časné intervence odůvodněné efektem času po jaký vysoký krevní tlak a LDL cholesterol na stěny cév působí, zdůraznit přínos preventivní KV léčby v podobě zachování dobré kvality života a zvyšovat adherenci pacientů k léčbě nejen prostřednictvím efektivní komunikace, ale i využití fixních kombinací léčiv, které výrazně zjednodušují léčebný režim.

LITERATURA

1. Olsen MH, Angell SY, Asma S, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet*. 2016;388(10060):2665–2712.
2. Domanski MJ, Tian X, Wu CO, et al. Time Course of LDL Cholesterol Exposure and Cardiovascular Disease Event Risk. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(13):1507–1516.
3. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020 Jan 1;41(1):111–188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455. Erratum in: *Eur Heart J*. 2020 Nov 21;41(44):4255. PMID: 31504418.
4. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, et al. Therapeutic

- inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension*. 2006 Mar;47(3):345–351.
5. Dixon DL, Sharma G, Sandesara PB, et al. Therapeutic Inertia in Cardiovascular Disease Prevention: Time to Move the Bar. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74(13):1728–1731.
6. Cífková R, Býma S, Češka R. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. Návrh společných doporučení českých odborných společností. *Hypertenze, bulletin České společnosti pro hypertenzi* 2005;8(1):5–15.
7. Ference BA, Bhatt DL, Catapano AL, et al. Association of Genetic Variants Related to Combined Exposure to Lower Low-Density Lipoproteins and Lower Systolic Blood Pressure With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA*. 2019; 322(14):1381–1391.

8. Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Arch Intern Med*. 2005;165(10):1147–1152.
9. Huffman MD. The Polypill: From Promise to Pragmatism. *PLoS Med*. 2015;12(8):e1001862.
10. Čilíková K. Čas, klíčový hráč v redukci srdečně-cévního rizika. *Medical Tribune* 25/2019. dostupné na: <https://www.tribune.cz/clanek/45198-cas-klicovy-hrac-v-redukci-srdecne-cevniho-rizika> (navštíveno 15. 10. 2021).
11. ÚZIS. Zdravotnická ročenka České republiky 2018. dostupné na: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8280>.
12. Rawshani A, Rawshani A, Franzén S, et al. Risk Factors, Mortality, and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2018;379(7):633–644.

INZERCE