

neadekvátní spolupráce pacienta na předepsané léčbě zvyšuje morbiditu i mortalitu řady nemocí, zvyšuje počet hospitalizací a zvyšuje výdaje na zdravotní péči (3). Alarmujícím zjištěním vycházejícím ze studie z klinické praxe bylo, že z 18 806 pacientů s nově diagnostikovanou hypertenzí byla po 6 měsících léčby přítomna vysoká adherence (> 80% dnů pokrytých léčbou) v pouhých 8% případech (4).

Zahájení intervence ASKVO

Když přichází do ordinace nový pacient a my chceme zahájit intervenci rizikových faktorů, nesmí být ošetřujícím lékařem podceňena rizika hypertenze a dyslipidemie. Společný výskyt hypertenze a dyslipidemie lze považovat za maligní kombinaci, protože jejich účinky se navzájem potencují. Terapeutická inercie není žádoucí. Vstupním předpokladem úspěšné intervence KV rizikových faktorů je vytvoření důvěry mezi lékařem a pacientem a adekvátní předání informací pacientovi. Pacienta je třeba poučit o riziku, které přináší vesměs nebolestivé, ale o to více nebezpečné rizikové faktory ASKVO. Pacienta není třeba „strašit“, ale je třeba poskytnout adekvátní informace. V moderní medicíně a komunikaci s pacientem se upouští od paternalistického přístupu. O pacientovi je třeba uvažovat jako o samostatném jedinci, který má právo na informace o budoucím postupu a má možnost, ale zároveň i jistou povinnost především sám k sobě se na dalším postupu péče o své zdraví podílet.

Při sdělování informací o negativním vlivu hypertenze a dyslipidemie na KV zdraví pacienta je třeba vzít v úvahu pacientovu inteligenci a vzdělání, ale i osobnostní typ pacienta. Pacienti vesměs chápou nutnost úpravy režimových opatření (ač je pak stejně často nenásledují), ale nutnost farmakoterapie, např. v mladším věku u asymptomatických pacientů, nemusí být všeobecně akceptovaná. Je možné se odvolat na text odborných doporučení pro danou problematiku a sdělit pacientovi, že navrhovaný léčebný postup je v souladu s medicínou založenou na důkazech, resp. že je prokázáno, že takovým pacientům, jako je on, tato léčebná strategie pomáhá předejít komplikacím, jako je např. srdeční infarkt nebo mozková mrtvice. Může se osvědčit demonstrace na tabulkách KV rizika SCORE, kde pacient může vidět, jaká je pravděpodobnost úmrtí na ASKVO v budoucích 10 letech. Spíše než pouhá demonstrace na tabulkách SCORE je v současné době doporučeno využívat koncept tzv. „cévního věku“ a koncept „časného stárnutí cév“ (early vascular aging – EVA). Důvody časného zahajování farmakoterapie rizikových faktorů ASKVO jsou zřejmé. V klinických studiích bylo prokázáno, že i malý pokles krevního tlaku a hladiny LDL-cholesterolu v dlouhodobém časovém horizontu mohou významně zlepšit prognózu. Celoživotní expozice hladině LDL-cholesterolu nižší o 1 mmol/l a současně hodnotě systolického krevního tlaku nižší o 10 mmHg byla v citované britské studii spojena s 80% snížením celoživotního rizika ASKVO a 68% snížením celoživotního

Obr. 1. Koncept časného stárnutí cév – early vascular aging (EVA) (6, 7)

Kontinuum zdraví – nemoc

