

cientovi a jeho léčbě. Je třeba si však uvědomit, že pacienta v primární prevenci, tj. dosud bez prokázané ASKVO, ale s velmi vysokým celkovým KV rizikem (např. diabetik, kuřák s hypertenzí a hypercholesterolemií nebo pacient s familiární hypercholesterolemií apod.) může dělit od sekundární prevence velmi malý časový úsek. Proto se k pacientovi v primární prevenci a ve velmi vysokém KV riziku má přistupovat téměř shodně jako k pacientovi v sekundární prevenci.

Primární a sekundární prevence v současné klinické praxi

Primární prevence ASKVO leží na bedrech lékařů prvního kontaktu, tedy na praktických lékařích (PL). Ti mají možnost na základě preventivní prohlídky odhalit RF pro ASKVO a zahájit intervenci jak v oblasti životního stylu, tak ve farmakoterapii. Současným problémem je, že ne všechny osoby se dostaví k PL k preventivnímu vyšetření, během kterého by mělo být stanoveno celkové KV riziko podle tabulek SCORE. U osob s vysokým a velmi vysokým rizikem by měla být zahájena intervence životních návyků případně zahájena léčba RF ASKVO. Praktický lékař však nemá vždy dostatek času, aby zahájil s pacientem podrobnou edukaci životního stylu.

Základní modifikace životních návyků (zanechání kouření, pravidelný pohyb a racionální strava) tvoří důležitou část prevence i léčby ASKVO a řady dalších nemocí, i když existuje daleko méně intervenčních studií o prospěšnosti zdravého životního stylu ve srovnání s farmakologickými studiemi. Zavedení zdravého životního stylu do života je pro mnohé těžko dosažitelné, pro mnohé jen dočasné a pro někoho zcela nepředstavitelné, z čehož vyplývá, že je to velmi těžké. Čím větší a snadnější je přístup ke všem potravinářským výrobkům a nejrůznějším hotovým jídlům nabízeným všude a vždy, je velmi těžké odolat. Při všech technologických vymoženostech (auta, hromadná doprava, výtahy, jezdící schody atd.) jsme omezovali v pohybu. V moderním stylu práce jsme často připoutáni k počítačům, mobilním telefonům, dlouhému cestování atd. V primární prevenci chorob by měla více pomáhat společnost; dříve se tento způsob prevence nazýval „celospolečenský model prevence“.

Prvním cílem v primární prevenci ASKVO by měla být informace a motivace pacienta k provedení modifikace životního stylu, resp. proč má pacient svoje návyky modifikovat. To vyžaduje čas, aby se pacient rozhodl, že chce změny udělat. Záleží na IQ pacienta i na jeho osobnostních charakteristikách. Hledání „zázračných pilulek“ je bohužel pro pacienty mnohdy pohodlnější než přehodnotit svoje dietní a pohybové návyky nebo dokonce zanechat kouření. U takového pacienta je třeba znovu opakovat edukaci a opětovně jej motivovat správným směrem. V dalším kroku je třeba podat informace, jak to má pacient udělat (dovednost). Kde a s kým by měl cvičit nebo se pohybovat, aby byl pro něho pohyb bezpečný. Jak by mělo vypadat stravování a jak si jej zajistit nebo připravit. Pokud pacient modifikoval své životní návyky, je třeba je dodržovat celý život, a to vyžaduje opětovné edukace a motivace.

V ideálním případě by měl mít PL k dispozici dietního poradce (kouče) nebo odborníka na pohybovou aktivitu (trenéra), avšak těchto odborníků není dostatek, nemají standardní vzdělání a v neposlední řadě většinou nemají úhradu od zdravotních pojišťoven. Nejlepší situace je v odvykání kouření; tito odborníci jsou dostupní v ordinacích

na odvykání kouření tabáku, mají standardní postupy a jejich práce je hrazena ze zdravotního pojištění. Podobná situace je v obezitologických ordinacích, ale do nich jsou posíláni pacienti s těžší obezitou k její léčbě. Pacienti s nadváhou a mírnou viscerální obezitou se tam nedostanou, a přitom právě ti mají vysoké kardiometabolické riziko (riziko pro ASKVO, pro dyslipidemie a diabetes mellitus).

Nedávné české studie sledující pacienty v ordinacích PL ukázaly, že ani farmakologická léčba arteriální hypertenze a dyslipidemie není dostatečná v primární prevenci. Studie LipitenCliDec a LIPIcontrol 1 a 2 ukázaly, že nejhorší kontrola krevního tlaku a lipidů byla právě u těchto nejrizikovějších pacientů v primární prevenci. Byla sice volena správná kombinace antihypertenziv (založená na inhibitech ACE, blokátorech kalciových kanálů, betablokátoch a diureticích), ale jen necelá polovina sledovaných pacientů dosahovala cílové hodnoty krevního tlaku. Léčba dyslipidemie byla založena na statinech, ale nebyla použita jejich dostatečná dávka a velmi málo byla využívána kombinace s ezetimibem (pouze v 7 %), případně s dalšími hypolipidemiky. Pouze 11 % diabetiků dosáhlo cílových hodnot krevního tlaku 130/80 mm Hg, pouze 14 % diabetiků mělo LDL-cholesterol pod 1,8 mmol/l a jen 3 % diabetiků mělo správně léčený krevní tlak a cholesterol současně (5, 6).

Zdálo by se, že v sekundární prevenci ASKVO by mohla být jednodušší a lepší situace. Jde o práci s pacientem, který prodělal kardiovaskulární příhodu a má větší zájem na tom, aby se příhoda neopakovala. Takový pacient má nárok na lázeňskou léčbu, kde by se měl seznámit se zdravým životním stylem. Bohužel ne všechna lázeňská zařízení mají takové programy zavedeny. Vzpomínám na Ústav tělovýchovného lékařství v Mariánských Lázních, kde jsem po krátkou dobu zastupovala primáře. Obdivovala jsem zdravou stravu, která se v tomto ústavu připravovala, pohybové programy v podobě tréninků v tělocvičně i na bicyklu, turistické trasy s různou náročností, které se volily podle fyzické zdatnosti pacienta, která se samozřejmě na začátku (ale i na konci) pobytu testovala. Každý pacient si vedl deníček o tom, co snědl mimo ústavní jídelnu, event. kolik vypil alkoholických nápojů za den. Pořádaly se pravidelné přednášky a diskuze o škodlivosti kouření a o zdravé dietě a pravidelném pohybu. Někomu se to zdálo moc přísné, ale bylo to velmi účinné, a nutno podotknout, za peníze ze zdravotního pojištění by to mělo takto vypadat (7, 8).

Farmakologická léčba pacientů v sekundární prevenci je detailně vypracovaná na základě výsledků vědeckých studií, avšak i zde jsou problémy: nedostatečná compliance v užívání léků, inercie v indikaci a dávkování léků ze strany lékařů, nedostatečná edukace pacientů. Na tyto problémy poukázaly studie EUROASPIRE, ve kterých byli sledováni pacienti po akutních srdečních příhodách a dopad sekundární prevence v různých zemích Evropy. I když existují určité rozdíly mezi zeměmi, lze souhrnně vyjádřit velkou nespokojenost s výsledky, které byly opakovaně prezentovány, publikovány a diskutovány na domácích i zahraničních fórech. Nedostatečná edukace pacientů, malé změny v životním stylu, nedostatečná adherence k farmakologické léčbě, nedostatečné dávkování hypolipidemik, malé využití kombinací hypolipidemik atd. se vyskytují ve všech evropských zemích (9).

Demokracie nám přinesla přístup ke všem informacím, ale bohužel nejen k vědecky prokázaným informacím, ale i dezinformacím, které