

Česká republika je nejlepší zemí, kde dostat infarkt

Česká kardiologická společnost za podpory Ministerstva zdravotnictví připravuje nový Národní kardiovaskulární plán. Původní Národní kardiovaskulární program z roku 2013, na jehož základě byla vybudována síť kardiovaskulárních center, čímž přispěl ke zlepšení dostupnosti intervenční terapie infarktu myokardu a dostal ČR mezi absolutní světovou špičku v klinických výsledcích intervenční terapie kardiovaskulárních onemocnění, si zaslouží stejně ambiciózního pokračovatele: o Národním kardiovaskulárním plánu se bude diskutovat na květnovém kongresu České kardiologické společnosti, který se koná v době uzávěrky časopisu.

„Přes všechny pokroky v intervenční kardiologii, což je obor, v němž stojí Česká republika na naprosté světové špičce, nemůžeme být se situací spokojeni,“ tvrdí prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., předseda České kardiologické společnosti. Stále zhruba 40 % Čechů umírá na kardiovaskulární choroby. Tři miliony současných pacientů s kardiovaskulárním onemocněním řadí Česko k zemím s vysokou prevalencí kardiovaskulárních onemocnění (KVO). K úrovni vyspělých západních zemí má ČR ještě daleko. Vysoký počet pacientů se srdečně-cévním onemocněním představuje pro kardiologická pracoviště nesmírnou zátěž. Je nutné, aby péči o méně komplikované pacienty převzali praktičtí lékaři. V péči o tyto nemocné by se měly propojit další odborné společnosti a instituce.

Česko má v současnosti Národní kardiovaskulární program z roku 2013, podle něhož vznikla síť kardiovaskulárních center, která poskytují nepřetržitou péči o pacienty na velmi vysoké úrovni. Jak profesor Linhart řekl: „Česko je nejlepší zemí, kde dostat infarkt.“ Česká republika je navíc naprostou špičkou v počtu pacientů s fibrilací síní léčených ablační metodou.

Nový Národní kardiovaskulární plán, o jehož podobě bude Česká kardiologická společnost jednat na svém květnovém kongresu v Brně, by měl překlenout rezervy, které česká společnost v péči o kardiovaskulární zdraví má. Zatímco mortalita na akutní infarkt myokardu (AIM) dramaticky klesla, přibývá lidí s ischemickou chorobou srdeční a srdečním selháním.

Ambiciózním cílem České kardiologické společnosti je snížit kardiovaskulární mortalitu o pět procent v příštích deseti letech.

Nový Národní kardiovaskulární plán však musí vycházet z reálné a daty podpořené analýzy situace. Pak lze určit priority a cíle v jednotlivých oblastech a navrhnout způsob, jak jich dosáhnout. Právě se dokončuje práce na Národním kardiologickém informačním systému a registru (NKIS, součást NZIS, ÚZIS).

Národní kardiovaskulární plán posílí všechny typy prevence

Primární prevence představuje problematiku příslušející nejen zdravotníkům a rezortu Ministerstva zdravotnictví, ale musí se zapojit i vláda ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství a mládeže a také společenské instituce: vzdělávací, sportovní, patientské organizace na celostátní i regionální úrovni, zkrátka všechny, které mají co říci k výchově a udržení zdravého životního stylu. Jde o podporu sportu a pohybových aktivit u všech dětí i dospělých, nekuřáctví či zanechání kouření a přijetí dietních zvyklostí, jejichž přínos je dokumentován na principu evidence based medicine. V Národním kardiovaskulárním plánu by měla být zakotvena i podpora center, která se starají o vzácnější onemocnění kardiovaskulární soustavy a obecně o principy zlepšení dostupnosti péče pro všechny

pacienty. V neposlední řadě je do Národního plánu zahrnuta i věda.

Primární prevence je populační plán, sekundárně odborný

„Chceme vytvořit takový plán, který zohlední jak pohled kardiologů, tak všeobecných praktických lékařů nebo diabetologů, ale také ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven nebo patientských organizací,“ říká prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., předseda České asociace preventivní kardiologie.

I specializovaný kardiolog musí věnovat pozornost preventivnímu aspektu, a to zejména ve smyslu sekundární prevence u lidí, kteří již mají manifestní kardiovaskulární onemocnění. „Primární prevence je především otázkou populační: každý občan je zodpovědný za své zdraví. Chceme zvednout vlnu zájmu o kardiovaskulární zdraví. Intervenční kardiologie již své slovo řekla, ale pokulháváme v preventivních opatřeních například ve srovnání se zeměmi Středomoří, s Německem, Velkou Británií, severskými zeměmi. V žádném případě však nezačínáme od nuly. Prevence je v České republice na dobré úrovni, ale můžeme intenzifikovat využívání již existujících služeb jak v primární, tak ve specializované – sekundární – péči. V Česku čerpá preventivní péči zhruba čtyřicet procent lidí, jimž je určena. Zvýšit účast v preventivních programech bude jedním z prvních úkolů, které nás čekají,“ komentoval profesor Vrablík.

Dostupnost inovativních technologií

Plán by se měl věnovat například i lepší dostupnosti moderních léků a nových léčebných postupů nebo reagovat na stárnutí a horšící se kondici české populace.

Sekundární prevence u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním spočívá v systematickém omezování rizikových faktorů, mezi něž patří na předních místech hypercholesterolemie a management diabetu. Koncem roku 2022 byly při diskusi u kulatého stolu formulovány překážky v sekundární prevenci:

- restrikce v úhradě inhibitorů PCSK9 (dostupnost jen v centrech, úhradové podmínky jsou korektní),
- restrikce v úhradě inhibitorů SGLT2 (gliflozinů) u nemocných s diabetes mellitus ve vysokém riziku (podmínka HbA_{1c} > 60 mmol/mol),

- komplikované podmínky úhrady kombinace přímo působících antikoagulancií (DOAC) + ASA a dlouhodobé duální protidestičkové terapie,
- dlouhá úhradová jednání u nových molekul (příklad omezené úhrady DOAC u fibrilace síní).

Podle slov profesora Vrablíka se nyní situace na poli moderních hypolipidemik láme a počátkem dubna došlo k významnému posunu (vstup inclisiranu na trh). V České republice má přes milion osob ischemickou chorobu srdeční – jsou to lidé ve vysokém kardiovaskulárním riziku, u nichž použití inovativních terapií připadá do úvahy. V České republice je však výborná i dostupnost konvenčních hypolipidemik, která jsou v léčbě efektivní u 80 % nemocných. Kardiologové však podporují co nejlepší dostupnost moderních léčiv i v rámci nového Národního kardiovaskulárního plánu.

K tématu kardiovaskulární mortality: nejde jen o Českou republiku

Studie uveřejněná v International Journal of Epidemiology¹ vypracovaná na základě databáze úmrtnosti Světové zdravotnické organizace svědčí o tom, že se ve vysokopříjmových zemích rychlost poklesu úmrtnosti na KVO výrazně zpomalila u mužů i u žen. Na základě údajů z roku 2018 pokles úmrtnosti na KVO ve věku 35–74 let byl < 2 % (asi polovina ročního průměru od roku 2000). Ve Spojených státech a v Kanadě se v posledních letech mortalita na KVO dokonce zvyšuje. Po korekci chybných diagnóz se trend jeví ještě více alarmujícím: v roce 2017 začíná nárůst KV mortality v šesti zemích (v Kanadě, USA, Austrálii, Francii, Německu a Rakousku).

Další práce² na základě demografických analýz předpovídá, že pokračující změny rizikových faktorů při současné léčbě a bez zásadních inovací povedou k nárůstu úmrtnosti na KVO v USA do roku 2040 o 41 %. K udržení klesajícího trendu úmrtí na KVO jsou nezbytné nové technologie a nové terapeutické strategie, zejména v sekundární prevenci KVO.

Ze současně shromážděných dat tedy vyplývá, že od roku 2011 do roku 2021 došlo k nárůstu prevalence kardiologických pacientů. Pokud nedojde ke vstupu nových léčivých přípravků a technologií a ke zvýšení jejich dostupnosti pro české pacienty, pak do roku 2040 zaznamenáme takřka dvojnásobnou mortalitu na KVO, a to nejen na akutní infarkt myokardu, ale i na další diagnózy, které jsou sdruženy se srdečním selháním, cévním onemocněním mozku či hypertenzí.

MUDr. Marta Šimůnková

(s přispěním prof. MUDr. Michala Vrablíka, Ph.D.)

Literatura

1. Lopez AD, Adair T. Is the long-term decline in cardiovascular-disease mortality in high-income countries over? Evidence from national vital statistics. *Int J Epidemiol* 2019;6:1815–1823. doi: 10.1093/ije/dyz143.
2. Ortendahl JD, et al. Protecting the gains: What changes are needed to prevent a reversal of the downward cardiovascular disease mortality trend? *Clin Cardiol* 2019;1:47–55.