

# Ke kardiovaskulárním chorobám počítáme také iktus

*Kardiovaskulární zdraví a prevence kardiovaskulárních onemocnění (KVO) patří v posledních měsících k často diskutovaným problémům. Po letech, kdy kardiovaskulární mortalita ve vyspělých zemích klesala, se trend obrací a bez účinné intervence bude jistě i nadále stoupat, a to i u lidí ve věkové skupině od 35 let. O léčbě hypertenze a dyslipidemie jako hlavních rizikových faktorech KVO se hovořilo na Kongresu primární péče v březnu 2023 v Praze, o novém Národním kardiovaskulárním plánu se bude hovořit na XXXI. kongresu České kardiologické společnosti, který se koná v době uzávěrky časopisu v Brně. K tématu však nepatří jen ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu či ischemická choroba dolních končetin. Ke KVO patří i cévní mozkové příhody (CMP, zejména ischemické), jejichž diagnostika a léčba náleží neurologům. Jde však většinou o různé projevy stejného – aterosklerotického – původu. Recentně uveřejněný článek v časopise JAMA<sup>1</sup> upozornil na skutečnost, že přísnější kontrola krevního tlaku může snížit riziko rekurentního iktu po CMP a tranzitorní ischemické atace (TIA).*

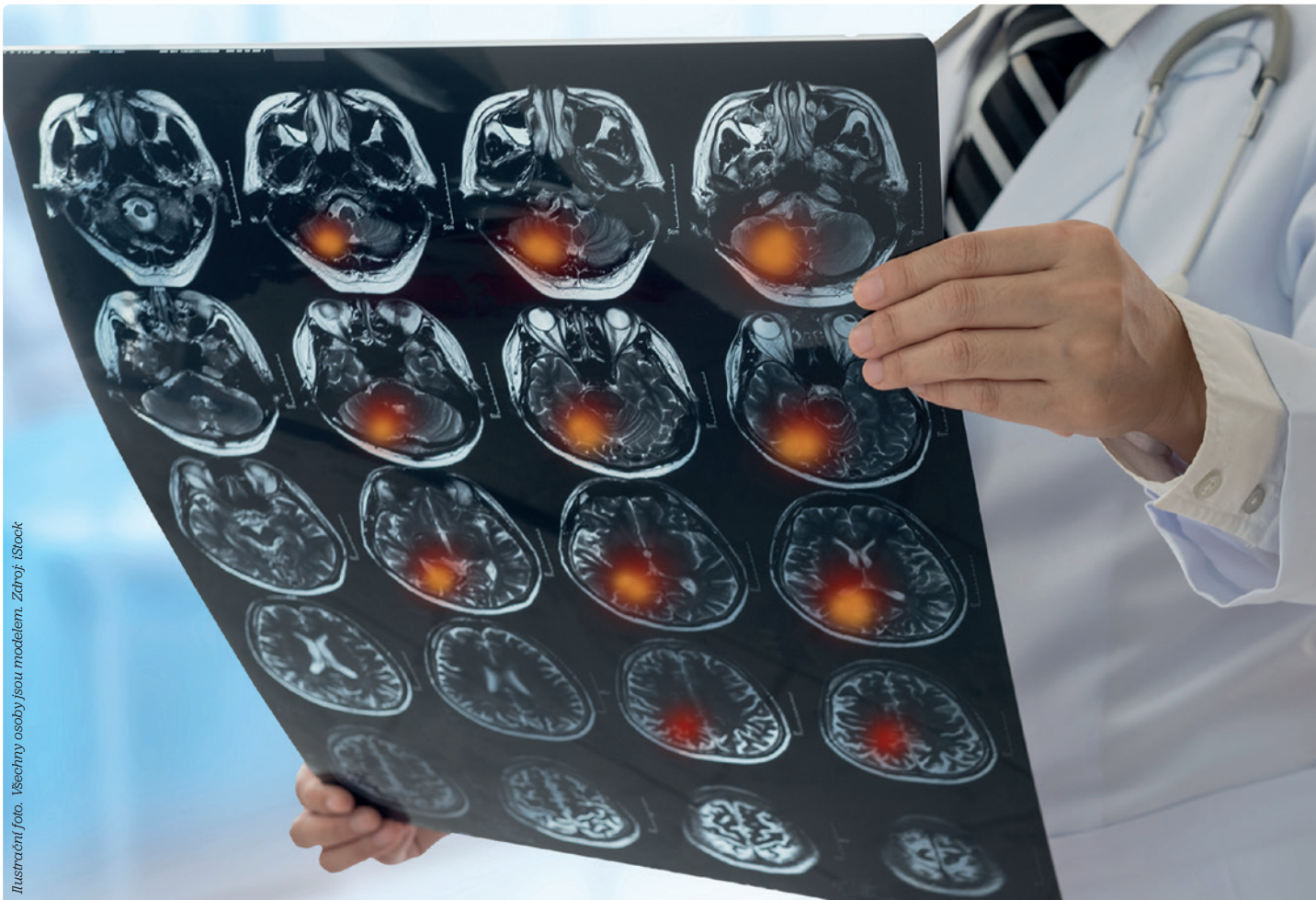
Na letošním Kongresu primární péče zdůraznil MUDr. Pavel Rutar (Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha), že proti hypertenzi a dyslipidemii je třeba intervenovat časně, souběžně a dlouhodobě. Časná diagnostika a léčba obou onemocnění jsou základem kardiovaskulární prevence. V doporučení České kardiologické společnosti (z roku 2022) je základem posouzení kardiovaskulárního rizika (KVR) podle SCORE2 (kromě neovlivnitelného věku) stav kuřáctví, výše koncentrace LDL cholesterolu a výše krevního tlaku.<sup>2</sup> Zatímco doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) doporučují KVR ve dvou krocích (což se promítlo i do oficiálních českých doporučených postupů), mnozí čeští kardiologové tento přístup kritizují jako neadekvátní pro ČR. Zatímco u vybrané skupiny lidí s nízkým KVR doporučuje ESC dosáhnout koncentrace LDL cholesterolu < 2,6 mmol/l a podle dalšího vývoje léčbu intenzifikovat, čeští kardiologové doporučují podle hesla „čím níže, tím lépe“ dosáhnout koncentrace LDL cholesterolu < 1,4 mmol/l, a to především u pacientů ve vysokém KVR. Jde vesměs o všechny jedince starší 65 let i bez dalších

rizikových faktorů, kterými jsou již preexistence KVO, diabetes, chronické onemocnění ledvin a familiární hypercholesterolemie.<sup>2</sup>

## Než začne hypertenze bolet

Dalším nezanedbatelným postupem je management hypertenze. Výše systolického krevního tlaku (STK) by neměla překročit 140 mmHg, lépe však < 130 mmHg (pokud ji pacient toleruje). Ke všeobecným opatřením patří zanechání kouření a optimalizace životního stylu.<sup>2</sup>

Jak doktor Rutar podotkl, compliance a adherence pacientů k léčbě rizikových faktorů, zejména v primární prevenci a bez komorbidit, nejsou dostatečné a zhoršují se s počtem léků, které nemocný užívá. Hypertenze ani dyslipidemie nebolí. Proto je nesmírně důležitá edukace pacienta v tom smyslu, že je jen otázkou času, kdy o sobě obě neléčené patologické odchylky dají vědět. Z hlediska adherence k terapii se jako vhodné řešení jeví tzv. fixní kombinace buď



Ilustrační foto. Všechny osoby jsou modelem. Zdroj: iStock

antihypertenziv, resp. antihypertenziva s diuretikem, nebo antihypertenziva se statinem v jedné tabletě. V České republice jsou k dispozici oba typy léčivých přípravků.

### Maskovaná hypertenze

Nejsou vzácné případy, kdy je v ordinaci lékaře naměřen normální krevní tlak, ale přitom nejde o trvalý stav – ke zvýšení krevního tlaku dochází v brzkých ranních hodinách. Pak se hovoří o maskované hypertenzi, která představuje stejné kardiovaskulární riziko jako trvalá hypertenze, přičemž studie naznačují, že neléčená maskovaná hypertenze přináší ještě větší KVR než trvalá hypertenze.

„Potřebujeme použít lék s dlouhodobým účinkem, který poskytne ochranu po celých 24 hodin. V každé lékové třídě máme přípravky, které to umějí nejlépe. Ve skupině sartanů je nejlepší telmisartan, u inhibitorů ACE je to perindopril, jedničkou u diuretik je chlorthalidon a indapamid, mezi blokátory kalciových kanálů vede amlodipin. Důvodem, proč v praxi volím tyto léky, je skutečnost, že mají nejdelší poločas,“ vysvětlila profesorka MUDr. Jitka Mlíková Seidlerová (II. interní klinika LF UK a FN v Plzni) na 17. kongresu primární péče, který se konal koncem března 2023 v Praze.<sup>4</sup>

### Fixní kombinace telmisartan/indapamid

V časných ranních hodinách, kdy dosahuje TK nejvyšších hodnot, hrozí zvýšené riziko poškození cílových orgánů a významně vyšší výskyt KV příhod a cévní mozkové příhody. Studie potvrzují, že právě mezi 6. až 12. hodinou dopoledne je významně vyšší výskyt akutního infarktu myokardu, náhlého úmrtí ze všech příčin a CMP. Udržení cílových hodnot TK během noci a časných ranních hodin může snižovat riziko všech zmíněných chorob více než snahy o dosahování cílových hodnot TK během dne. Proto je cílem ideální antihypertenzní farmakoterapie efektivní působení na krevní tlak právě v posledních šesti hodinách dávkovacího intervalu. Unikátní fixní dvojkombinace telmisartanu s indapamidem (Ylpio 80 mg/2,5 mg) nabízí efektivní 24hodinovou kontrolu krevního tlaku, zajišťuje ochranu před orgánovým poškozením způsobeným hypertenzí. Lék má velmi dobrou snášenlivost a vyšší adherenci k léčbě.<sup>4</sup>

### Akutní infarkt myokardu versus ischemický iktus

Česko patří ke světové špičce ve snižování úmrtnosti na akutní infarkt myokardu. Po úspěšné intervenci bývají

pacienti schopni (téměř) normálního života. Jinak tomu bývá u cévní mozkové příhody, po níž u značného počtu postižených přetrvávají dlouhodobé následky, a to i přes včasnou rekanalizační léčbu. V roce 1995 (první publikace o intravenózní trombolýze) byly cévní nemoci mozku příčinou úmrtí 18 139 obyvatel České republiky. V roce 2016, kdy již pátým rokem v ČR existovala fungující síť iktových center a rekanalizační léčba se stala standardem, zemřelo na cévní nemoci mozku 8 795 osob, což představuje pokles o 48,5 % za 20 let. Stále však jde o třetí nejčastější příčinu úmrtí v ČR.<sup>3</sup>

Docentka Yvona Angerová, přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN Praha, na Kongresu primární péče 2023 přednášela o organizaci péče o pacienty po CMP. Přestože existuje část pacientů, kteří se po rehabilitaci vrací i do zaměstnání, stále zůstává velká část pacientů, kteří vyžadují dlouhodobou či trvalou péči. „Akutní léčba je již velmi dobře a účinně řešena v systému spolupráce RZP s centry vysoce specializované péče o pacienty s iktem a centry vysoce specializované cerebrovaskulární péče. Organizačně však není zcela vyřešena péče o pacienty v chronickém stadiu. Tito pacienti mohou mít řadu různorodých obtíží: k nejčastějším patří poruchy hybnosti, zejména centrální parézy poruchy či rovnováhy. Velmi významné jsou i poruchy fatických a kognitivních funkcí, které zhoršují možnosti komunikace a tím i soběstačnost. V prvních týdnech se některé z těchto obtíží upravují ještě v rámci hospitalizací na lůžkách včasné rehabilitace nebo v rehabilitačních ústavech, ale většinou pacienti potřebují trénink a dohled dlouhodobě v řádu měsíců až roků,” uvedla docentka Angerová.

Existují komplexní a regionální centra spasticity (nikoli ve všech regionech), která se kvalifikovaně postarají o pacienty se spasticitou a spastickou dystonií a kde mohou působit multidisciplinární týmy (seznam na <https://www.s-pas.cz/>).

Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny se snaží prosazovat vznik dispenzární péče pro pacienty po CMP. V rámci této dispenzarizace by mohly být řešeny nejen poruchy hybnosti spojené se spasticitou, ale i další obtíže související například s poruchami kognitivních a fatických funkcí.

**Praktičtí lékaři by měli být těmi, kdo pacienty po CMP včas odešlou na příslušná pracoviště a upozorní na změnu jejich stavu, která vyžaduje specializované řešení.**

## Sekundární prevence po ischemické CMP

Rekurence ischemické CMP (iCMP) či po prodělané TIA je vysoká jak v prvních dnech až týdnech, tak i v dlouhodobém horizontu, kdy souhrnné riziko recidivy dosahuje 30–40 % v následujících pěti letech. Opakované iCMP vedou k demenci, vážným dlouhodobým následkům a mají

vyšší mortalitu než první příhoda. Tři podrobné klinické doporučené postupy o sekundární prevenci CMP (z let 2019–2022) včetně podmínek antikoagulační či intervenční terapie jsou uvedeny na <https://kdp.uzis.cz>.

Významné místo v sekundární prevenci zaujímá kontrola krevního tlaku. Dlouho nebyla dostupná data, jak hypertenze a její léčba ovlivňují recidivu CMP po CMP a TIA. Renomovaný časopis JAMA Neurology uveřejnil v březnu 2023 metaanalýzu 10 klinických studií, z níž vyplynulo, že výraznější snížení krevního tlaku vede ke statisticky významnému snížení rizika opakování CMP.<sup>1</sup>

## Hypertenze – hlavní rizikový faktor

**Podle autorů práce uveřejněné v časopise JAMA<sup>1</sup> je hypertenze hlavním rizikovým faktorem pro recidivující cévní mozkovou příhodu. Intenzivnější terapie u pacientů po CMP nebo TIA vedoucí ke snížení krevního tlaku byla spojena nejen se sníženým rizikem recidivy, ale i dalších závažných kardiovaskulárních příhod.**

K vyhodnocení souvislosti mezi mírou snížení krevního tlaku a recidivující CMP nebo TIA prohledali autoři PubMed, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials a ClinicalTrials.gov. Mezi lednem 1980 a červnem 2022 identifikovali 10 randomizovaných klinických studií zahrnujících 40 710 pacientů (průměrný věk 65 let, 34 % žen).

Primárním cílem byla recidivující CMP, závažné kardiovaskulární příhody patřily k sekundárním cílům.

Z 10 studií s průměrnou dobou sledování 2,8 roku (1–4 roky) šest porovnávalo léčbu antihypertenziv s placebem nebo se skupinou pacientů bez terapie a čtyři hodnotily vliv nižší cílové hodnoty krevního tlaku v porovnání s vyšší. Průměrný výchozí systolický krevní tlak (STK) byl ve všech studiích 146 mmHg a diastolický krevní tlak (DTK) 85 mmHg.

Výsledky metaanalýzy a metaregrese ukázaly, že intenzivnější antihypertenzní léčba byla spojena se sníženým rizikem recidivy CMP (absolutní riziko: 8,4 % vs. 10,1 %; [RR] = 0,83; 95% [CI]: 0,78–0,88;  $p < 0,001$ ) ve srovnání s méně intenzivní léčbou. Větší snížení krevního tlaku (STK i DTK) bylo též spojeno s významnější redukcí rizika recidivy CMP u pacientů po CMP a TIA ( $p < 0,001$ ).

Intenzivnější terapie byla podobně spojena se sníženým rizikem vzniku závažných kardiovaskulárních příhod podle analýzy devíti studií (absolutní riziko: 12,0 % vs. 13,7 %; RR = 0,88; 95 % CI: 0,83–0,92;  $p < 0,001$ ).

Autoři uzavírají, že intenzivnější antihypertenzní léčba může vést ke snížení rizika recidivy CMP a závažných kardiovaskulárních příhod. Tyto výsledky mohou podpořit použití intenzivnější antihypertenzní léčby v sekundární prevenci.

Marta Šimůnková

## Literatura

1. Hsu CY, et al. Association Between Magnitude of Differential Blood Pressure Reduction and Secondary Stroke Prevention. A Meta-analysis and Meta-Regression. JAMA Neurol. doi:10.1001/jamaneurol.2023.0218. Published online March 20, 2023.
2. Táborský M, Vrablík M. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Novelizace 2022. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře.
3. Zdravotnická ročenka, Zemřelí 2016, ÚZIS ČR 2017, ISSN 1210-9967.
4. Kolářová Z. Jak zvládat obtížné situace při monitoraci krevního tlaku. Medical Tribune CZ. Ročník XIX, číslo 7, vyšlo 18. dubna 2023.