

Kvalita, nebo kvantita?

Milan Kvapil

„Připadám si jako učitel marxismu-leninismu, který se naučil proplétat se úskalími života s využitím dialektiky.“ Tak bych měl správně uvést na úvod, co se mi honilo hlavou, když jsem objevil téma pro sepsání fejetonku.

To bylo tak. Profesor Haluzík mě pozval k přednášce na téma „soutěže“ mezi dvěma terapeutickými strategiemi, které mohou vést k úspěšnému, občas i setrvalému snížení tělesné hmotnosti a současně ke zlepšení kompenzace diabetu, neočekávaně pak k prodloužení života. Vše v rámci kongresu „Kontroverze v diabetologii“. To mě přinutilo k pokusu podívat se na námi doporučované postupy terapie z hlediska pacienta. No, a od tohoto pokusu je pouze krůček k obecnému – co vlastně medicína preferuje v doporučeních pacientům: kvalitu, nebo kvantitu života? Námitku, že samozřejmě obojí, neberu. Proč – to se pokusím nastínit v dalším textu. Předem se přiznám, že jsem sám pro sebe řešení nenašel, jenom otázky, otázky a otázky. Zkusím několik příkladů.

Gliptiny ve své době zachránily normalizaci glykemie jako cíl léčby diabetu. V době paniky vypuknuvší po zastavení studie ACCORD (intenzivně léčení více odchází z tohoto světa) přinesly možnost zlepšení kompenzace bez rizika hypoglykemie. Nyní jsou téměř opovrhovaným sirotkem všech doporučených postupů (no, není to tak zlé, v ČR je jimi léčeno na 160 000 diabetiků). Přitom jejich naprosto jedinečnou vlastností (skutečně žádná jiná skupina antidiabetik tím neoplyvá) je naprostá absence nežádoucích účinků. Tudíž maximální adherence. Samozřejmě nenahradí kupříkladu inzulin, protože jeho potenciál snížit glykémii je definovaný a časově omezený. Ale: zkusil se někdo zeptat pacienta třeba takto: Co si vyberete ze stejně

účinných skupin antidiabetik: léčbu, u které ani nepoznáte, že ji užíváte, nebo tu, která vás bude nutit stále vyhledávat zastávky s dosažitelným WC, která, když budete mít štěstí, vám nepřivede kandidózu genitálu, a pro kterou není důkaz, že vám prodlouží život (předpoklad: pacient není v sekundární prevenci)?

Obsah plánovaného přetahování o preferenci mezi dvěma intervencemi vyplývá z názvu „Bariatrická chirurgie a endoskopie vs. účinná antidiabetika – co je lepší a u koho?“. Samozřejmě dojdeme k názoru, že vše má své výhody a nevýhody, dokonce možná nakonec sestavíme seznam základních parametrů ke zhodnocení a následnému výběru doporučeného postupu. Jak jsem se ale zamyslel, doufám, že na jedno z prvních míst postavíme **preferenci poučeného pacienta**. Neboť stále a stále je třeba připomínat: medicína je tu pro nemocné a nikoli naopak, nemocní tu nejsou pro doporučené postupy.

V den, kdy píšu tento fejetonek, nabídl PubMed 463 931 citací k heslu „obesity“. Myslím, že se nemýlím, když kvalifikovaně odhadnu, že 463 930 z nich tak či onak popisuje škodlivost obezity. Lehce tedy podlehneme názoru, že pro záchranu lidstva není nic lepšího než hubnout, hubnout a zase hubnout. Víme ale jenom o jedné studii, která splňovala náležitosti RCT (prospektivní, randomizovaná: N Engl J Med. 2013;369(2):145–154.) a která hodnotila přínos snížení hmotnosti, ztráty chuti k životu dietou a ztráty času cvičením na prodloužení života. A tak, jak známo, nepřinesla žádný výsledek, což zahltilo vědecké časopisy (zejména v USA) vysvětlováním, proč to nemůže být pravda. Což mi připomíná sentenci, kterou jsem kdysi četl v nějakém plátku: pokusné myšičky, kterým bylo odeprána strava, žily

dvakrát déle v porovnání s těmi, které si hodovaly *ad libitum*; nicméně nikdo se těch prvních nezeptal, jak se jim líbil ten dlouhý a kvalitní život.

To mě vede k vysvětlení, proč považuji za velmi ošemetné zobecňovat jakákoli doporučení. Kdysi jsme měli tři základní typy diabetických diet. Se znalostí naprosté různorodosti nastavení metabolických cest, které vedou k těmto výsledkům, se jeví jako poměrně odvážné říkat pacientům: tuhle dietu musíte dodržovat. Kázání o tom, že naše česká kuchyně (skvělá, zdravá, posilující odolnost, a ještě k tomu chutná) je nezdravá, považuji v lepším případě za projev nepochopení, v horším případě za projev dosti velké hlouposti. Vždyť co může být zdravější než kopec zeleniny plné vlákniny a vitamínu C (zelí), maličko sacharidů okořeněných vitaminy skupiny B a esenciálními aminokyselinami (kynutý houskový knedlík), špetka bezcholesterolového tuku s profilem mastných kyselin hraničící s ideálem (troška šťávičky), esencií životně důležitých aminokyselin (libové vypečené vepřové) a doplněné osmoticky vyváženým nápojem podporujícím trávení s obsahem antiseptického, antioxidačního a sedativního extraktu podporujícího synchronizaci koordinace a optimalizace velmi složitého procesu trávení (malé pívko). Zavilí nepřátelé dobré pohody a míru překypující žlučovitou závisí způsobenou špatným trávením (zapříčiněným právě tou užírající závisí) pak ženou naše vepřo-knedlo-zelo-pivo v podobě skutečně na úroveň ne zrovna prospívající – ohromné porce tuku, knedlíků a nejméně čtyři piva. Jo, a o tom je právě ta preference kvality nebo kvantity. Nebo se mýlím?

Dodatek první: Jak jistě víte, já se nemýlím nikdy.

Dodatek druhý: Nicméně někdy se mění objektivní realita, takže je třeba

pružně změnit názor. Týden po dopsání fejetonky byly publikovány výsledky klinické studie SCALA, které sice můj názor nemění, ale pouze lehce rozšiřují. Poprvé jsme dostali do rukou data, která říkají, že u osob v **sekundární** prevenci (tedy u těch, kteří, bohužel, již přestáli akutní koronární příhodu nebo cévní mozkovou příhodu) s průměrným LDL cholesterolem 2 mmol/l (!), a kteří mají průměrný BMI 33,4, léčba 2,4 mg semaglutidu týdně snížila riziko kombinovaného endpointu (úmrtí, IM, CMP) o statisticky významných 20 %. Výsledek je tažen mortalitou (KV o 15 %, $p = 0,07$, celková o 19 %), vliv na CMP nulový (?). Studii neukončil přibližně každý čtvrtý proband. Výsledku bylo dosaženo mimo vlastní farmakologické účinky semaglutidu redukcí hmotnosti o 9,39 % (proti placebo více o 8,51 %). Dlužno podotknout, že dvě třetiny účastníků byly ve fázi prediabetu (HbA_{1c} 39–47 mmol/mol). Pro můj aktuální obor zájmu je důležitá informace, že u osob nad 75 let věku nepřinesla aktivní terapie žádné

dobrodiní. Bodejť by jo, že. Stejně tak nebyl zřetelný výsledek u třetiny osob, které ještě do prediabetu nedospěly. Což mě vede k myšlence, že to byly ty, které vlastně kazily výsledky. Tedy nic moc ani u žen (asi se ozvou feministky) a u mladších 55 let. Průměrná výška osob byla 169 cm (sic!).

Dodatek třetí: Očekávám, že v propagaci se definice charakteru účastníků opomene a vše bude inklinovat k názoru, že semaglutid snižuje redukci hmotnosti všechno, i mortalitu.

Dodatek čtvrtý: SCALA však neprokazuje, že zdravé otlé osoby s diagnózou E660 (obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií) si sníží riziko manifestace závažných kardiovaskulárních příhod tím, že po dlouhodobém utrpení zhubnou.

Dodatek pátý: Skvělá práce, výsledek pomůže velkému množství pacientů. Nicméně neodpovídá na otázku, která leží v základech mého textíku: Je v lidských silách dosáhnout bez farmakologické intervence takové redukce hmotnosti, že se to projeví v tolik obávaných komplikacích? Nelze

opomenout ani otázku, zda tortura redukcí tělesné hmotnosti má vůbec nějaký smysl, když se člověk cítí zdravý. A z toho vyplývá další otázka: Není lepší se hodně pohybovat a jíst přiměřeně tak, abychom si udrželi BMI v rozmezí 25–29,9, což pravděpodobně zajistí dlouhý život? No a **poslední otázka:** chceme dlouhý život?

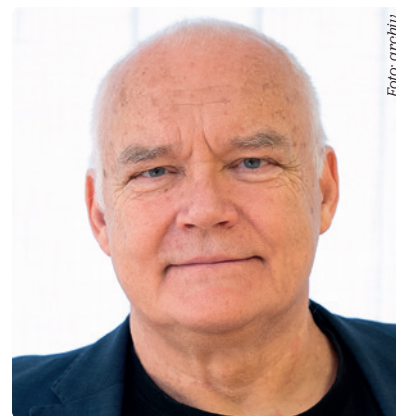


Foto: arechtu

Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
Prezident Diabetické asociace
České republiky

Literatura

Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes NEJM; doi: 10.1056/NEJMoa2307563.

knižní novinka

Praktický slovník medicíny

Praktický slovník medicíny se v průběhu posledních 20 let stal základním a nepostradatelným zdrojem informací o zdraví a nemocech v ČR. Od roku 1994 se v jedenácti postupně doplňovaných vydáních prodalo již přes 100 000 výtisků této oblíbené publikace. I v době velkého zájmu o alternativní medicínu si Praktický slovník

medicíny získal respekt právě důsledným hájením pozice klasické, odborně podložené medicíny.

Martin Vokurka, Jan Hugo:

Praktický slovník medicíny,

12. aktualizované vydání. Maxdorf 2023.

496 str., 154 × 230 mm, pevná vazba,

695 Kč. ISBN: 978-80-7345-770-9.

