

PRIMÁRNÍ PREVENCE KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ V PRAXI – KAZUISTIKY DVOU PACIENTŮ S VYSOKÝM RIZIKEM

doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D, MBA¹, MUDr. Olga Císařová², MUDr. Jiří Ostržanský¹, MUDr. Marek Richter¹,
prof. MUDr. Jan Lukl, CSc.¹

¹I. interní klinika LF a FN, Olomouc

²Ústav soudního lékařství a medicínského práva LF a FN, Olomouc

Primární prevence kardiovaskulárních onemocnění je základem současné kardiologie. Na příkladu dvou pacientů ukazujeme nutnost cílené a aktivní prevence, zejména u osob se zjištěným vysokým rizikem. První kazuistika je věnována pacientce, která po zjištění vysokého rizika nebyla adekvátně léčena a zemřela náhle na akutní infarkt myokardu v šedesáti letech věku. Druhý čtyřicetiletý pacient se stanoveným vysokým rizikem se také adekvátně neléčil a po několikaletém symptomatickém období byla u něj pro bolesti na hrudi provedena koronarografie se závažným nálezem řešeným plastikou koronární cévy a implantací stentu.

Interní Med. 2006; 11: 511–512

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) stále patří k nejčastějším příčinám úmrtí v ČR. Primární prevence KVO by měla být základem zdravotní péče u celé populace.

V rámci Projektu podpory zdraví MZ ČR „Organizace primární prevence kardiovaskulárních onemocnění“ jsme v letech 2002–2005 stanovili riziko KVO u 3 124 osob, průměrného věku 36,18, (SD 11,44) z toho 562 mužů průměrného věku 37,10 (12,26) a 2 562 žen průměrného věku 35,98 (11,24).

U 175 osob (126 mužů a 47 žen) bylo stanoveno vysoké riziko podle platných tabulek (20–40%) (Framinghamské skóre). Tyto osoby byly vyzvány k další spolupráci. K vyšetření se dostavilo 48 osob (34 mužů a 14 žen).

V našem článku prezentujeme kazuistiku dvou pacientů, u kterých bylo stanoveno vysoké riziko KVO a kteří se nedostavili k dalšímu preventivnímu vyšetření.

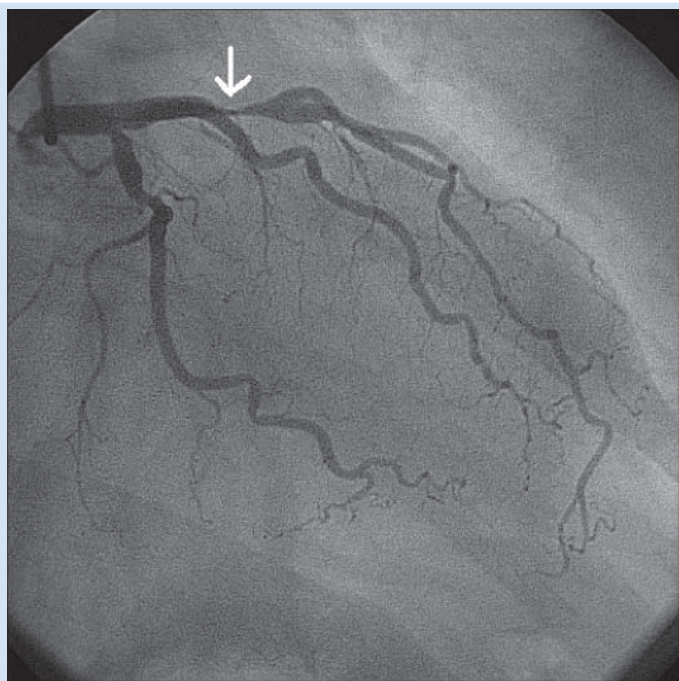
První kazuistika

V březnu 2003 bylo vysoké riziko ICHS stanoveno u ženy, 57 let, kuřačky, která měla stanovenou diagnózu hypertenze, ale neužívala žádné léky. Pacientka udávala pozitivní rodinnou anamnézu. Podle dotazníku měla váhu 65 kg, výšku 168 cm, BMI 23,0, WHR 0,91, obvod pasu 93 cm, krevní tlak byl opakovaně 160/100 mm Hg na obou horních končetinách, hladina celkového cholesterolu byla 7,33 mmol/l, LDL 4,85 mmol/l a HDL 1,91 mmol/l. Osobním do-

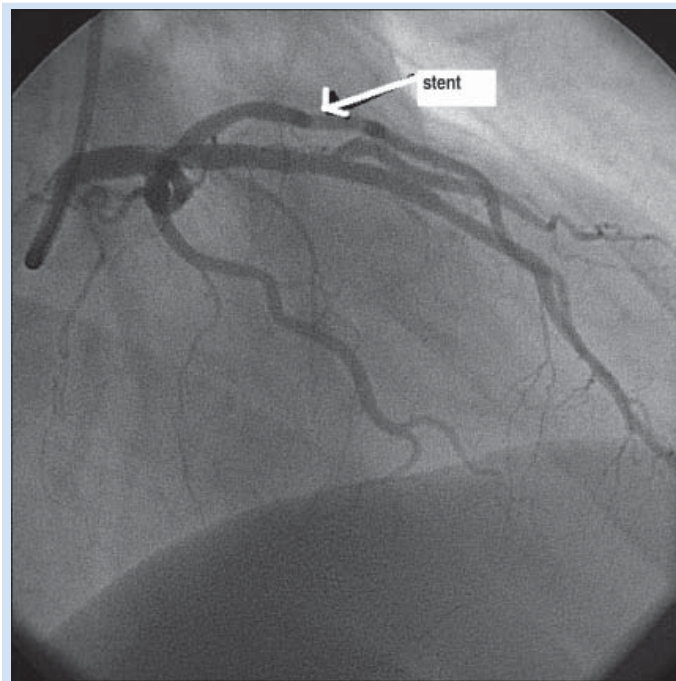
pisem bylo doporučeno zanechání kouření, kontrola krevního tlaku a úprava terapie a dieta s opakovanou kontrolou lipidového spektra. Bylo doporučeno další sledování v naší ambulanci preventivní kardiologie, ke kterému se pacientka nedostavila. Za týden byla vyšetřena ve všeobecné interní ambulanci s doporučením léčby betablokátozem a návrhem dalších vyšetření a kontrol. K další kontrole se nedostavila. Podle dostupné dokumentace byla jednou (červen 2003) provedena kontrola lipidového spektra, kde byly nalezeny stále vyšší a neuspokojivé hodnoty celkového cholesterolu a LDL-cholesterolu.

V lednu 2006 si v práci náhle stěžovala na bolesti na hrudi, za malou chvíli upadla do bezvědomí a byla neúspěšně resuscitována.

1. Koronarografie. Těsná stenóza na ramus interventrikularis anterior označena šipkou



2. Koronarografie. Zavedení stentu do postiženého místa s obnovením průtoku TIMI 3



Pitevni zpráva byla vystavena se závěrem: 60letá hypertonička s povšechnou aterosklerózou 3. stupně s těžkými zúžením a uzávěrem věnčitých tepen srdečních a s jizevnatými změnami v lehce hypertrofické svalovině srdeční komory, zmrázá na pracovišti na akutní infarkt myokardu, histologicky prokázán v jizevnatých lokalitách.

Podrobná pitevni zpráva popisuje jizvu po infarktu v oblasti přední stěny a zadní části septa komor a akutní infarkt v téže lokalizaci. Příčinou akutního infarktu byl uzávěr levé koronární artérie. Dále byla popsána těžká stenóza pravé koronární artérie (až 80 % průsvitu). Jako vedlejší nález byla popsána plicní antrakóza u kuřáčky.

Druhá kazuistika

V červenci 2002 bylo stanoveno střední riziko ICHS u muže, 41 let, kuřáka, který se do té doby neléčil pro kardiální onemocnění. Pacient udává pozitivní rodinnou anamnézu. Podle dotazníku měl váhu 74 kg, výšku 178 cm, BMI 23, WHR 0,84, obvod pasu 86 cm, krevní tlak byl 120/80, hladina celkového cholesterolu byla 8,3 mmol/l, LDL 5,47 mmol/l a HDL 1,32 mmol/l. Osobním dopisem bylo doporučeno zanechání kouření, dieta s doporučením nutriční poradny a opakované kontroly lipidového spektra s případnou farmakologickou intervencí. V květnu 2004 vyplnil pacient druhý dotazník, podle zjištěných údajů bylo vypočítáno již vysoké riziko ICHS a pacientovi nabídnuto další sledování na ambulanci preventivní kardiologie, ke kterému se ale nedostavil. Hodnoty lipidového spektra byly opět neuspokojivé (celkový cholesterol 7,71 mmol/l), stejně jako při další kontrole v květnu 2005 (celkový cholesterol 7,6 mmol/l, LDL 4,95 mmol/l) (kontrola u jiného lékaře).

Počátkem roku 2006 si pacient stěžoval na náhle vzniklé bolesti na hrudi s propagací do levé horní končetiny spojené s vegetativní reakcí. Tyto potíže měl poprvé v životě. Byl přijat na interní kliniku, kde byla následně provedena selektivní koronarografie s nálezem tandemové stenózy v oblasti proximální RIA (obrázek 1), tento nález byl ihned řešen plastikou s implantací stentu (obrázek 2). Byla nasazena terapie betablokátelem, inhibitorem IIb/IIIa,

kyselinou acetylsalicylovou a statinem ve zvyklých dávkách. Při této hospitalizaci byla nově diagnostikována hypertenze a korigována léčbou.

Následná kontrola lipidového spektra (půl roku po nasazení léčby statinem) prokázala již dobré cílové hodnoty (celkový cholesterol 4,63 mmol/l, LDL 2,08 mmol/l). Pacient již nekouřil.

Diskuze

Stanovení rizika KVO by mělo být základní součástí preventivní prohlídky u každého dospělého pacienta. Určení rizika je velmi jednoduché a i finančně málo náročné. Dlouhodobé studie dokazují, že s prevencí by se mělo začít dokonce už v dětském věku (7).

Ke stanovení je doporučeno použít tabulky výpočtu, které byly původně sestaveny podle výsledků Framinghamské studie (1). V roce 2005 vyšla nová doporučení pro prevenci KVO, která používají tabulky, jež vznikly podle projektu SCORE a které jsou upraveny podle epidemiologických studií provedených v České republice (2) a byly přehledně publikovány (4).

Na našich kazuistikách jsme chtěli ukázat, jak je důležitá cílená intervence rizikových faktorů u asymptomatických pacientů s vysokým rizikem. Doporučení zanechání kouření, sledování lipidového spektra s dosažením cílových hodnot, přísné sledování krevního tlaku, dieta a přiměřená pohybová aktivita může snížit jak morbiditu, tak i mortalitu těchto osob.

Zavedení těchto režimových a léčebných opatření totiž nesnižuje pouze výskyt ischemické choroby srdeční, ale působí i na vznik cévní mozkové pří-

hody (5, 6) a na výskyt a rozvoj komplikací diabetes mellitus (3).

Jak ukazují naše kazuistiky, osoby s vysokým rizikem a neadekvátní léčbou mohou mít fatální příhodu během krátké doby. O osudu těchto pacientů je ale velmi málo informací, protože publikované kazuistiky se tímto problémem vůbec nezabývají. Je ale možné, že je to proto, že se ošetřující lékař nedozví adekvátní informace o dalším osudu pacienta. Proto by byla určitě přínosná studie, která by u pacientů s předčasným úmrtím na kardiovaskulární onemocnění zpětně zjistila jejich anamnézu, provedená vyšetření a adekvátnost terapie. Z této studie by mohla být formulována doporučení, která by zkvalitnila jak diagnostiku a terapii, tak i compliance těchto pacientů.

Domníváme se, že cílená léčba rizikových faktorů (zejména hypertenze, poruchy lipidového metabolismu a aktivní intervence kuřáctví) u našich dvou pacientů by nejméně oddálila rozvoj ischemické choroby srdeční.

Programu cílené prevence se zúčastnilo pouze malé procento vyzvaných rizikových osob. V současné době provádíme sociologickou studii, která by měla objasnit různou compliance pacientů k cílené intervenci.

doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D, MBA

I. interní klinika LF a FN
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
e-mail: eliska.sovova@fnol.cz

Literatura

1. Cífková R. a kolektiv. Prevence ischemické choroby srdeční v dospělém věku. Cor Vasa 2000; 42 (10) Kardio: s. 225–234.
2. Cífková R, Býma S, Česka R et al. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. Společné doporučení českých odborných společností. Cor Vasa 2005; 47 (9): s. 3–14.
3. Chlup R. Diabetes mellitus a onemocnění kardiovaskulárního systému. II. Patogeneticky podložená prevence a léčba. Interní medicína pro praxi 2002; 10: 486–493.
4. Petrová B, Rosolová H. Co přináší nová doporučení pro prevenci a léčbu kardiovaskulárních nemocí pro každodenní praxi. Interní medicína pro praxi 2004; 4: 171–174.
5. Sedloň P, Kotík I. Prevence cévních mozkových příhod z hlediska internisty. Interní medicína pro praxi 2001; 2: 62–66.
6. Souček M. Hypertenze a mozkové cévní příhody. Vnitřní lékařství 2001; 47 (12): 868–874.
7. Urbanová Z, Šamánek M. Doporučení pro prevenci aterosklerózy v dětství. Čes.-slov. Pediatr. 2003; 58 (10): 658–666.