



Primární kardiovaskulární prevence u osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem.

**Bruthans J.¹, Mayer O.², Herle P.³, De Bacquer D.⁴,
Kotseva K.⁵, Bruthans J. jun.⁶**

1. Centrum kardiovaskulární prevence 1.LF UK a FTN, Praha
2. II.interní klinika LF UK Plzeň
3. Ambulance PL, Praha 4 – Michle
4. Department of Public Health, University of Ghent, Belgie
5. National Institute for Prevention and CV Health, Galway, Irsko
6. Klinika anesteziologie a resuscitace, VFN, Praha

Cíle

Prevence kardiovaskulárních onemocnění prokazatelně snižuje morbiditu a mortalitu. Osoby bez známek aterosklerotického kardiovaskulárního onemocnění, ale se zvýšeným KV rizikem, představují prioritu KV prevence.

Cílem studie bylo zjistit, v jaké míře asymptomatictí pacienti se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, dosud bez projevů kardiovaskulárního postižení, dosahují léčebných cílů stanovených recentními doporučeními, v Evropě a ČR.

A dále zjistit, jaká preskripce a eventuelně i adherence pacientů k předepsané medikaci.

Soubor a metodika

V průřezové studii, součásti projektu EUROASPIRE V byli v 78 centrech v 16 evropských zemích (2 centra v ČR) vyšetřeni pacienti z ambulancí praktických lékařů (ČR 5 PL), muži a ženy ve věku ≥ 18 - < 80 let, bez aterosklerotického kardiovaskulárního onemocnění ≥ 6 měsíců po zahájení antihypertenzní a/nebo hypolipidemické, a/nebo diabetologické medikace.

Odebrali jsme anamnestická data, změřili somatické parametry, krevní tlak a další, odebrali krevní vzorky na laboratorní analýzy jak v lokální, tak v centrální laboratoři, vyhodnotili strukturované dotazníky.

V podstudii jsme na podkladě Českého národního systému elektronické preskripce vyhodnotili neadherenci k medikamentózní preskripci v ČR.

Výsledky

V evropském souboru vyšetřeno 2759 pacientů, v ČR 200.
(53% mužů, prům. věk 57,8)

Rizikové faktory životního stylu:

Kouřilo v evropském souboru 18,1% pacientů, v ČR 25%.

V ČR 6,4% kuřáků bylo referováno do centra pro závislé na tabáku, 5,6% dostalo nikotin nahrazující léky nebo vareniclin.

Obézních (BMI ≥ 30) bylo 43,5%, v ČR 66,4%.

Centrálně obézních (obvod pasu ≥ 88 cm u žen, ≥ 102 cm u mužů) bylo 63,8%, v ČR 69%.

18,6% nebylo upozorněno na nadváhu. 36,8% na potřebu změnit dietu.

Pravidelnou fyzickou aktivitu (≥ 30 minut 5x týdně)

deklarovalo v evropském souboru 36,4%, v ČR 32,7%.

55,2% nebylo poučeno o potřebě větší fyzické aktivity.

Výsledky

Rizikové faktory kontrolované medikamentózní léčbou:

Krevní tlak vyšší než doporučený ($\geq 140/90$ mmHg, $\geq 140/85$ u diabetiků) mělo v evropském souboru 50,9%, v českém 35,7% pacientů.

Antihypertenzivy léčeno 75,4% pacientů v evropském, 83,3% v českém souboru. Plnou adherenci k léčbě uvedlo 64,9%.

Pokud byli léčeni antihypertenzivy, TK vyšší než doporučený mělo v evropském souboru 53%, v českém 28,6% pacientů.

Pokud nebyli léčeni antihypertenzivy, TK vyšší než doporučený mělo 43,2% pacientů v evropském a dokonce 71,4% v českém souboru!

Jen 4% normotoniků v českém souboru? (v evropském 12,3%)

Výsledky

Rizikové faktory kontrolované medikamentózní léčbou:

LDL cholesterol $\geq 2,6$ mmol/l mělo 71,5% pac. v evropském, 69,2% v českém souboru.

Hypolipidemiky bylo léčeno 34,1%, v českém souboru 40,3% pacientů. Plnou adherenci k léčbě uvedlo 61,3%.

Pokud byli léčeni hypolipidemiky, mělo LDL CH $\geq 2,6$ mmol/l 53,1% pacientů v evropském a 45,5% v českém souboru.

Pokud nebyli léčeni hypolipidemiky, mělo LDL CH $\geq 2,6$ mmol/l 81% pacientů v evropském a dokonce 87,8% v českém souboru!

*Jen 7,3% s normální hladinou LDL -CH v českém souboru?
(v evropském 12,5%)*

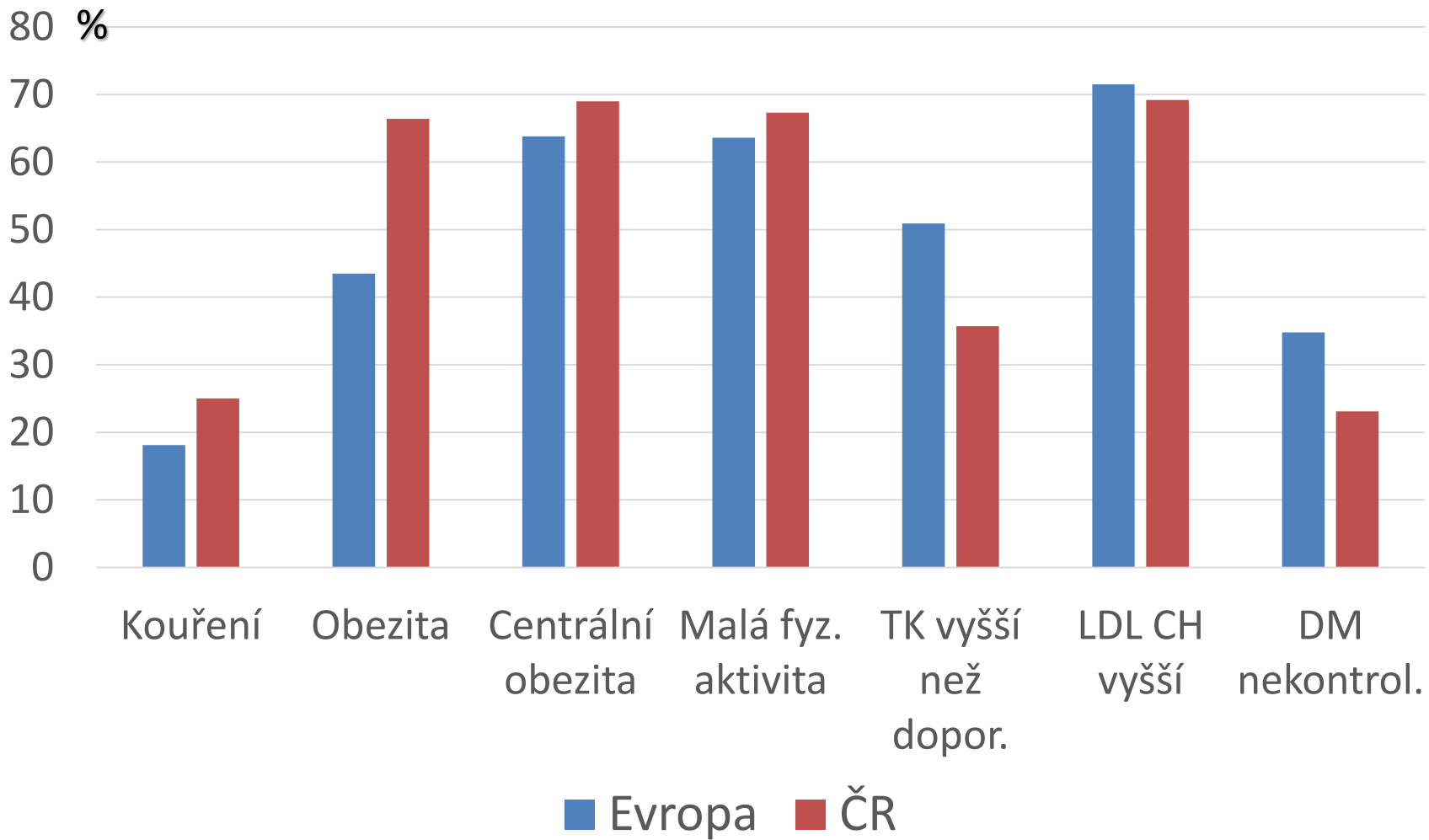
Výsledky

Rizikové faktory kontrolované medikamentózní léčbou:

Diabetes: prevalence evropský soubor 35,8%, český 15,5%
kontrolován (HbA1c < 7%) v 65,2%, v ČR v 76,9%.

Evropský soubor: 69,9 % též antihypertenziva,
39,5% hypolipidemika.

% nekontrolovaných RF v Evropě a v ČR



Výsledky

Neadherence k preskripci podle Českého národního systému elektronické preskripce:

Primární neadherence (pacient nevyzvedne prvně předepsaný lék):

Hypolipidemika: 5,71%

Antihypertenziva: 4,49%

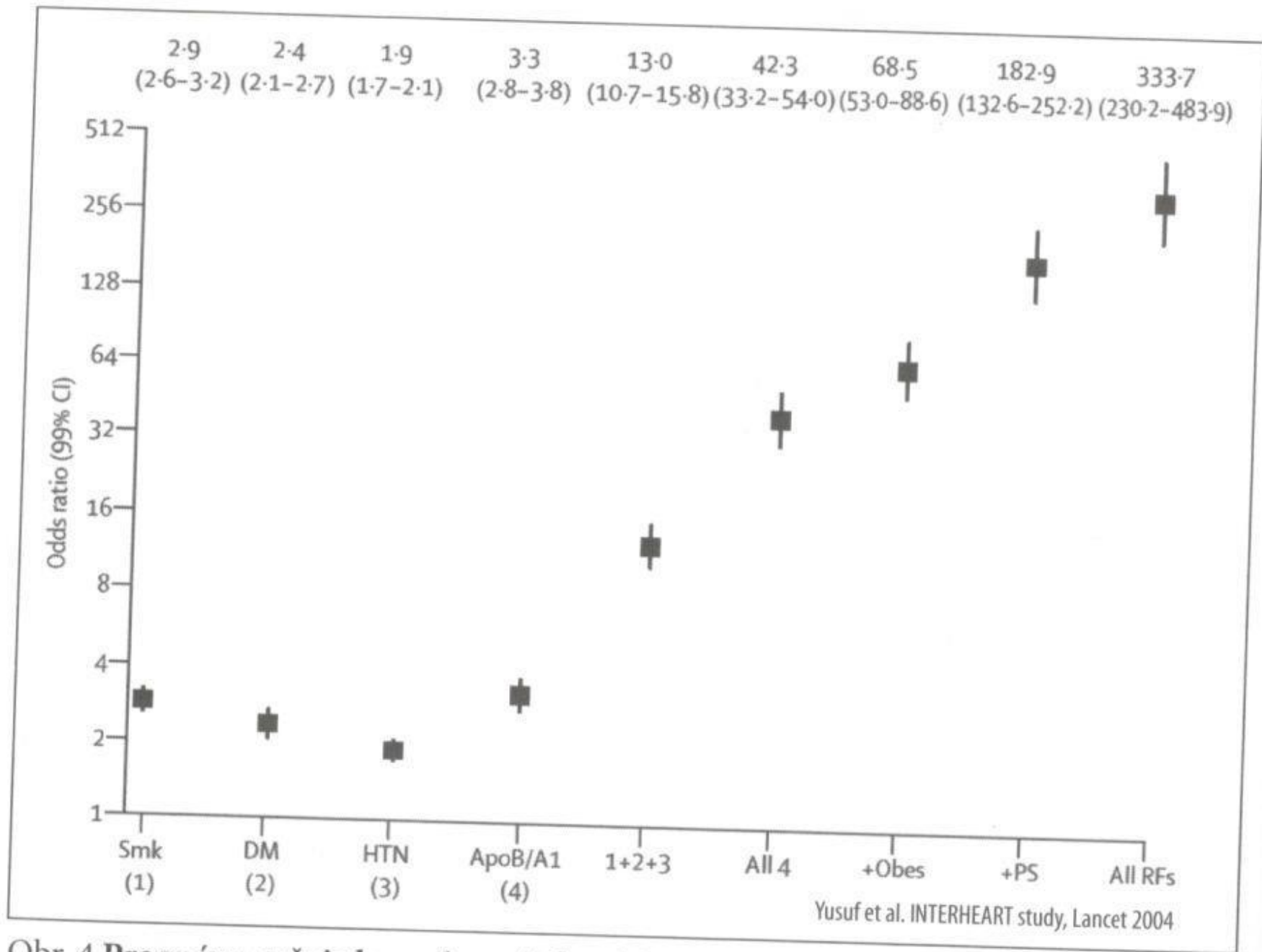
Antidiabetika: 3,63%

Celková neadherence:

Hypolipidemika: 2,94%

Antihypertenziva: 2,5%

Antidiabetika: 2,88%



Obr. 4 Prognózu určuje kumulace rizikových faktorů: koncept násobení rizika

Závěry:

V porovnání k evropskému souboru vykazuje český soubor horší kontrolu kardiovaskulárních rizikových faktorů životního stylu, ale lepší kontrolu rizikových faktorů kontrolovaných medikamentózní léčbou, pokud je tato léčba podávána.

Shodně v obou souborech není v ambulantní praxi PL kontrola rizikových faktorů komplexní, lékaři často intervenují jediný rizikový faktor, zejména při kombinaci arteriální hypertenze a hyperlipidemie.

Takový postup je, vzhledem ke kumulaci RF, která je zásadním faktorem akcelerace aterosklerózy a vzhledem k tomu, že se riziko při kumulaci RF násobí, ne sčítá, postup velmi málo efektivní.

Závěry:

Adherenci pacientů k medikamentózní léčbě je třeba posuzovat velmi kriticky.

Režimová opatření zůstávají velmi často zcela na okraji.

Hlavní rizikové faktory: zvýšená koncentrace celkového, LDL-, non-HDL , Lp(a); kouření, DM, AH.

Prakticky u každého pacienta s nově zjištěnou AH můžeme zvážit zahájení hypolipidemické léčby.

Efektivní terapii zahájit bez odkladu.

Používat fixní kombinace.



**Děkuji Vám za
pozornost
jan.bruthans@seznam.cz**