

Kulatý stůl ZD: povědomí o srdečním selhání je v Česku tristní, přestože jím trpí statisíce lidí

Zdravotnickýdeník.cz, 24. 10. 2019

Jednání u Kulatého stolu Zdravotnického deníku zahájil MUDr, Miroslav Homza, garant oboru kardiologie a angiologie LF Ostravské Univerzity, který celou akci pomáhal připravit a formuloval její závěry. Foto: ZD/MK

Pojem srdeční selhání někdy slyšela asi většina lidí – bohužel to je asi vše, co lze o povědomí o této chorobě v Česku říci. Navzdory tomu, že onemocněním trpí čtvrt až půl milionu Čechů, v podstatě nikdo neví, jak se projevuje. Velký důraz na včasný záchyt choroby, která má přitom velmi nedobrou prognózu, nekladou ani praktičtí lékaři. Jak shrnul garant oboru kardiologie a angiologie LF Ostravské Univerzity Miroslav Homza, vedle podpory preventivního vyšetřování rizikových pacientů ze strany praktiků by přitom péči podpořilo vytvoření sítě primárních center, která by odlehčila těm vysoce specializovaným, a také posílení role sester. Na vytvoření koncepce komplexní péče o pacienty s chronickým srdečním selháním, která by měla zahrnovat spolupráci všech od praktiků po vysoce specializovaná centra, by zároveň měly navázat úhradové mechanismy ze strany zdravotních pojišťoven. Problematice se věnoval Kulatý stůl Zdravotnického deníku s názvem Srdeční selhání – nebezpečnější než onkologická onemocnění, který se konal 17. října v Ostravě.

Onemocnění srdce a cév dnes vedou žebříček nejběžnějších chorob a jsou také nejčastější příčinou úmrtí. Největší počet lidí v Česku trpí hypertenzí, která postihuje kolem dvou milionů osob. „Z kardiovaskulárních onemocnění je to pak ischemická choroba srdeční, kterou trpí asi půl milionu lidí, a zhruba čtvrt milionu lidí trpí právě chronickým srdečním selháním – jenže toto číslo je možná podle nových guidelines hodně a hodně podhodnoceno a může se ve skutečnosti blížit půl milionu,“ upozorňuje místopředseda výboru České asociace srdečního selhání profesor Jindřich Špinar.

prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC, Předseda výboru České asociace srdečního selhání.

Důvodem, proč odborníci nyní odhady počtu pacientů navyšují, jsou nová odborná doporučení z roku 2016. Dříve se totiž za chronické srdeční selhání považovalo jen srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí, před třemi roky sem ale bylo zařazeno i srdeční selhání se středně sníženou ejekční frakcí a srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí. Zatím ovšem nemáme data, která by tyto dvě skupiny zahrnovala. V současnosti totiž jen 30 procent pacientů léčených na kardiologické klinice FN Brno s chronickým srdečním selháním odcházelo s vykázanou diagnózou srdečního selhání I50 dle mezinárodní klasifikace nemocí, zatímco 70 procent mělo uvedenou diagnózu ischemické choroby srdeční, fibrilaci síní nebo hypertenzi. Z pojišťovenských dat tak v současnosti není možné říci, kolik pacientů bylo vlastně s chronickým srdečním selháním hospitalizováno. Do budoucna by proto bylo na místě jasně určit, jak vlastně pacienty s chronickým srdečním selháním označit a sledovat.

Prof. MUDr. Lenka Špinarová, Ph.D. FESC (vpravo), přednostka I. interní kardiologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny, Brno. Vlevo vedle naslouchá MUDr. Marie Lazárová z 1. interní kardiologické kliniky FN Olomouc

Framinghamská studie každopádně ukázala, že incidence chronického srdečního selhání s věkem stoupá, takže zatímco v kategorii 55 až 64 let jím trpí pět procent mužů a tři procenta žen, ve věkové skupině 85 až 94 let už se týká 31 procent mužů a 28 procent žen. A vzhledem k tomu, že populace stárne – v roce 2050 by u nás mělo být 12 procent lidí starších 80 let oproti 3,4 procentům v roce 2000 – musíme počítat i s nárůstem incidence srdečního selhání. Jak také připomíná přednostka I. interní kardiologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně, předsedkyně pracovní skupiny kardiovaskulární farmakoterapie a členka výboru České asociace srdečního selhání profesorka Lenka Špinarová, s tím, jak roste úspěšnost intervenční kardiologie při léčbě akutních stavů, narůstá počet případů chronického srdečního selhání.

Navzdory těmto číslům však většina Čechů o srdečním selhání nic moc neví. „Když jsme se jich zeptali, jaké nemoci srdce znají, je to infarkt, arytmie či chlopenní vady, ale nikdo neřekl srdeční selhání, protože na to nemyslí. A když jsme se zeptali, jaké jsou příznaky srdečního selhání, většina uvedla bolest na prsou nebo u srdce, ale to vůbec k srdečnímu selhání nepatří – Češi zaměňují srdeční selhání za infarkt. Srdeční selhání je dušnost, slabost a otoky dolních končetin. To Češi vůbec nevědí a nejdou k lékaři, protože si říkají, že dušnost a slabost jsou součástí stáří. Kdyby přitom přišli k lékaři, mohli by být zaléčeni, zbavit se dušnosti, slabosti a žít déle,“ upozorňuje Jindřich Špinar.

Zlepšit péči může disease management

Stejně jako v jiných odvětvích medicíny kráčí v oblasti chronického srdečního selhání léčba kupředu a soustředí se nejen na snížení mortality, ale také na zlepšení kvality života – a úplně nejlépe na to, aby se onemocnění předešlo. Prevenci ale u nás zatím příliš neumíme, a jak to s moderními terapiemi bývá, stojí peníze. „V roce 1980 jsme měli jen digitalis a diuretika, v 90. letech pak přišly ACE inhibitory, betablokátory či sartany a od roku 2000 může používat v léčbě srdečního selhání i drahé biventrikulární stimulatory, implantabilní kardiovertery... Když si představíte, že nejlevnější biventrikulární stimulator včetně příslušenství stojí kolem 140 tisíc a ICD s biventrikulární stimulací včetně příslušenství kolem 300 tisíc, je úplně jasné, že je to šíleně drahá léčba. A rok 2019 je ve znamení toho, že se objevují levostranné srdeční podpory LVAD, které by možná do budoucna mohly nahradit část srdečních transplantací. Je to ale velmi ekonomicky náročná věc,“ podtrhává profesor Špinar.

Doc. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D. (vpravo) Místopředseda Pracovní skupiny chorob myokardu a perikardu, člen výboru České asociace srdečního selhání, Brno. Jeho vystoupení pozorně sleduje MUDr. Jiří Havrlant, MHA, ředitel Fakultní nemocnice Ostrava

Prognóza nemocných se srdečním selháním ovšem zůstává nepříznivá: 40 až 50 procent pacientů umírá do pěti let od stanovení diagnózy. „Bohužel mezi lékaři, zejména lékaři primární péče, je nepříznivý osud nemocných se srdečním selháním podceňován, přestože jsme v jeho léčbě udělali velký posun,“ konstatuje místopředseda pracovní skupiny chorob myokardu a perikardu a člen výboru České asociace srdečního selhání docent Jan Krejčí.

K tomu, aby se péče nadále zlepšovala, by měl sloužit komplexní program péče o nemocné se srdečním selháním. Ten zlepšuje délku života, jeho kvalitu a navíc je ekonomicky výhodný, protože udržuje pacienty v dobrém stavu a nezatěžuje tolik zdravotní a sociální systém. Jedním z nástrojů k dosažení co nejlepších výsledků péče by měla být síť zahrnující trojstupňový systém center. Primární centra ve specializovaných kardiologických ambulancích a okresních nemocnicích by měla pacienty se srdečním selháním rozpoznat, zvážit, zda se o ně postarají sama, eventuálně je referovat výše. Sekundární centra se mají starat o nadstavbovou diagnostiku (intervenční vyšetření, CT diagnostika, MRI diagnostika...) a o komplikovanější pacienty (např. implantují kardiostimulátory, ICD atd.) a filtrují náročnější pacienty, z nichž některé referují k nejnáročnější péči do terciálního centra (zejména transplantační program). V tuto chvíli ovšem není pevně stanoveno, jaké by mělo mít to které centrum kompetence, zejména u primárních center pak není jasně dané přístrojové ani personální vybavení. Zatímco síť terciálních center (v ČR máme dvě, jedno v Praze a jedno v Brně) a sekundárních center (současná kardiocentra) je tak dnes vesměs daná, primární centra ještě bude třeba dotvořit (podrobně se síti center budeme věnovat v nadcházejícím vydání ZD). Pokud se při dnešních možnostech povede léčbu správně nastavit, je možné snížit mortalitu pacientů se sníženou ejekční frakcí o zhruba 63 procent proti stavu před zavedením léků s prokázanou účinností.

Zásadní je spolupráce

Součástí disease management programu je přitom co nejlepší propojení všech zainteresovaných odborníků od praktiků přes ambulantní specialisty po nejvíce specializovaná terciální centra. Bohužel co se týče praktických lékařů, je nutno přiznat, že důraz na prevenci byl dosud malý. Bylo by tedy na místě zajistit takovou motivaci praktiků, aby docházelo ke včasnému zachytu pacientů. Otázkou také je, zda by u rizikových pacientů, kteří přijdou k praktikovi například s tím, že se jim špatně dýchá, neměli provádět vyšetření natriuretických peptidů – a pokud by byla hodnota nízká, bylo by jasné, že s největší pravděpodobností nejde o srdeční selhání a nebyl by tak zbytečně zahlcován systém kardiocentra. Kód pro úhradu tohoto vyšetření pro praktiky má být vydán v seznamu výkonů pro příští rok.

Zástupci pojišťoven a kraje (zleva): Mgr. MUDr. Eva Misačková, ředitelka pro zdravotnictví, RBP zdravotní pojišťovna, Ing. Michal Vojáček, ředitel odboru zdravotní péče regionální pobočky VZP Ostrava, MUDr. Martin Gebauer, náměstek hejtmana Moravskoslezského kraje pro zdravotnictví, MUDr. Martin Tkáč, vedoucí revizní lékař ČPZP pro oblast Morava,

Chybět by nemělo ani větší zapojení sester (kterému se taktéž budeme podrobněji věnovat v nadcházejícím vydání ZD), což platí i o paliativní péči. „To, co se běžně děje v nemocnici, může díky sestřím a domácím hospicům proběhnout v domácím prostředí, což dramatickým způsobem šetří prostředky věnované na zdravotní péči. Srdeční selhání je totiž z mezinárodních dat diagnóza, která v kardiologii stojí nejvíce peněz na hospitalizační péči ze všech diagnóz vůbec,“ poukazuje Jan Krejčí.

To potvrzují i pojišťovny. „Máme 420 tisíc pojištěnců a našla jsem 410 pacientů s touto diagnózou, což potvrzuje problém s vykazováním. Těchto 410 pojištěnců nás ale za rok léčby stálo sto milionů korun. Pokud by tu byl včasný záchyt a včasná diagnóza, náklady

by se mnohonásobně snížily. Měli bychom tedy více pracovat s primární péčí," domnívá se Eva Misiačková, ředitelka pro zdravotnictví Revírní bratrské pokladny.

Jak připomíná Marie Lazárová z 1. interní kardiologické kliniky FN Olomouc, zlepšit organizaci péče je možné také prostřednictvím telemonitoringu, který je však u nás zatím jen v rámci pilotních projektů. Díky němu je však pacient průběžně pod kontrolou a lékaři (nebo do budoucna kvalifikované sestry) mohou v případě potřeby na dálku upravit medikaci, takže se šetří čas i peníze – o lepší kompenzaci pacienta ani nemluvě.

Problematice se budeme hlouběji věnovat v dalších vydáních ZD.

Zdroj:

<https://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/10/kulaty-stul-zd-povedomi-srdecnim-selhani-cesk-u-tristni-prestoze-trpi-statisice-lidi/>