

ROZHOVOR



Když chybí železo, srdce trpí

S onemocněním, kdy srdce nestíhá přečerpávat krev tak, jak je potřeba, se u nás léčí zhruba 350 tisíc lidí. A u více než poloviny pacientů se srdečním selháním tkví problém v tom, že mají v krvi nedostatek železa - selhávání srdce se při takovém stavu totiž zrychluje. „V jejich případě se železo ale nedá doplnit čokoládou nebo steakem ani potravinovými doplňky, protože se kvůli jejich onemocnění nevstřebá. Potřebný efekt má jen infuze přímo do žíly,“ vysvětluje **prof. MUDr. JAN KREJČÍ (53), Ph.D., FHFA**, předseda České asociace srdečního selhání České kardiologické společnosti. Riziko nedostatku železa ale není výjimečné ani u jiných onemocnění. Komu všemu hrozí?

Přednosta I. interní kardiologické kliniky Lékařské fakulty brněnské Masarykovy univerzity prof. Krejčí během vizity.



■ Proč se v posledních měsících tématu nedostatku železa u lidí se srdečním selháním věnuje taková pozornost?

Ještě zhruba před deseti lety jsme vůbec netušili, že pacienti se srdečním selháním mají tak často nedostatek železa, ale úplná novinka to pro nás také není. O tom, že by se jim mělo železo doplňovat, máme silnější důkazy zhruba poslední čtyři roky, ale velmi často se tato informace přehlížela. Ani v lékařské obci se jí nevěnovala dostatečná pozornost, to znamená, že se pacienti na nedostatek železa často ani nevyšetřovali. Je to tedy takový apel i do vlastních řad, k nám všem lékařům, abychom tomu věnovali víc pozornosti, protože to není žádná nedůležitá maličkost. To ostatně dokazuje i velké množství dat z klinických studií, které byly dokončeny v posledních letech a o které se dnes můžeme opřít.

■ Co jste se z nich dozvěděli?

Z výsledků vyplývá, že je to velmi časté onemocnění, častější, než jsme si dříve mysleli. Ukázalo se totiž, že deficitem železa trpí polovina stabilních pacientů (*tedy těch, co jsou v ambulantní péči a nemají takové zhoršení příznaků srdečního selhání, jaké by vyžadovalo nemocniční péči, pozn. red.*) s chronickým srdečním selháním. U skupiny pacientů, kteří k nám přicházejí pro akutní dekompenzaci k hospitalizaci (*tzv. těch, kteří mají akutní zhoršení srdečního selhání, pozn. red.*), se nedostatek tohoto prvku zjistí asi u 70 procent z nich. Proto se tomu tématu začala v kardiologii věnovat větší pozornost. Navíc máme potvrzeno, že pokud železo vhodnou formou doplníme, nemocným se vede lépe. Jsou výkon-

nější, mají více energie, zvládají větší fyzickou zátěž, a dokonce se u nich často sníží počet hospitalizací. Zatím se nepodařilo prokázat, zda doplnění železa dokáže život prodloužit, zcela jistě ho ale umí zkvalitnit. To nám dnes umožňují i zcela nové a bezpečné preparáty. U těch starších panovala určitá obava z jejich podávání, kvůli možným nežádoucím účinkům (možnost alergických a hypersenzitivních reakcí). Nové preparáty tato rizika prakticky nemají, navíc je možné je podávat i ambulantní formou, kdy pacient přijde do ordinace, kde mu během dvaceti minut vykape infuze, a on může jít zase domů.

„V těle máme tři až čtyři gramy železa.“

■ Takže nestačí užívat železo v tabletové formě?

To bohužel ne. Zdá se, že jediná forma železa, která má potřebný efekt, je infuzí přímo do žíly. A není to jen nějaká naše domněnka, dokazují to i data z klinické studie, během níž bylo železo podáváno v tabletové formě, kdy bohužel žádný benefit nebyl prokázán. Jedním z důvodů je fakt, že zejména těžší stupně srdečního selhávání bývají spojené s horším prokrvením zažívacího traktu, takže vstřebávání z něj je velmi omezené. Nebo může vlivem nemoci či další podávané léčby docházet ke změnám ve sliznici žaludku, které také brání správnému využití železa. K tomu ještě pacienti často trpí nechutenstvím, takže méně jedí

a nedoplňují zásoby tohoto prvku stravou.

■ Když jsme u těch zásob, jak velké vlastně jsou?

V těle máme zhruba tři až čtyři gramy železa, z toho drtivá většina se takzvaně interně recykluje, to znamená, že ho organismus využívá opakovaně. Potřeba přívodu nového železa je tedy relativně malá, záleží na ztrátách konkrétního organismu. Významnější úbytek bývá spojený například s nějakou krevní ztrátou například po operačních výkonech nebo i u žen, jež mají silnější menstruaci.

■ Proč zejména pacientům se srdečním selháním tento prvek chybí? Vyčerpávají se snad vlivem jejich nemoci zásoby železa více než u zdravých lidí?

Ano, dá se to tak říct. Řada preparátů, které pacientům s kardiovaskulárními onemocněními dáváme, brání srážení krve, například proto, aby se neucpaly stenty (*laicky řečeno jde o trubičky zaváděné do koronárních tepen, aby byla zajištěna jejich průchodnost, pozn. red.*) nebo aby dobře fungovaly chlopenní náhrady či jiné nitrosrdečně implantované materiály apod. Touto léčbou však zároveň zvyšujeme krevní ztráty, spolu s tím jde i ztráta železa, a tedy zvýšená potřeba jeho doplňování. Navíc je srdeční selhání specificky spojeno i s chronickým mírným stupněm zánětu, který sice není na první pohled patrný, neprojevuje se teplotami ani jinými příznaky, ale jeho přítomnost má na svědomí horší vstřebávání i celkové využití železa, protože vázne také jeho recirkulace z vlastních zásob. A když k tomu přidáme ještě nechutenství spojené s menším přísunem železa z potravy, celý problém se tím ještě prohloubí.

■ **Nedostatek železa zdaleka není jen problémem kardiologie, že?**

Odhaduje se, že jeho deficitem na světě trpí zhruba 2 miliardy lidí. Nepochybně převážná většina z nich nebudou kardiaci. Zajímavostí je, že nedostatek železa býval často spojován zejména s chudokrevností. Opírá se to o fakt, že 70 % železa v lidském těle je uloženo v erytrocytech, tedy v červených krvinkách. Ovšem ne vždy tomu tak je, protože řada nemocných má úplně normální hodnoty hemoglobinu (*červené krevní barvivo, pozn. red.*) i červených krvinek, a přesto trpí nedostatkem železa. V minulosti se však tyto dva problémy ztotožňovaly, a proto jsme výskyt nedostatku železa podceňovali.

■ **Poznám na sobě jeho nedostatek?**

Železo má celou řadu rolí. Tou základní je krvetvorba, ovlivňuje také hormonální a imunitní systém, ale hraje významnou roli i v buňkách, které mají vysoké energetické nároky, tedy například ve svalových a nervových. Z toho tedy vyplývá, že nejčastějšími projevy nedostatku železa je unavenost, slabost a nevykonnost, může tam být i zmíněná chudokrevnost, a dokonce i kožní problémy. Zejména bych rád apeloval na pacienty, kteří mají srdeční selhání a cítí se vyčerpaní a unavení, aby se nechali vyšetřit, zda i oni nemají nedostatek železa. Doporučení pro nitrožilní aplikaci je ale směřované opravdu jen na pacienty se srdečním selháním, případně pak s těžkými nemocemi trávicího systému, dialyzované pacienty (*mimotělní čištění krve pacienta, jemuž nefungují ledviny, pozn. red.*) nebo pacienty po velkých operacích. Kdysi jsem pár obecných vět na toto téma po-



▲ U 70 procent pacientů, kteří přijdou do nemocnice s tím, že se jim zhoršuje srdeční selhání (tj. stav, kdy srdce nestihá přečerpávat krev, jak by bylo potřeba), se zjistí nedostatek železa. „A máme potvrzeno, že pokud železo vhodnou formou doplníme, nemocným se vede lépe,“ dodává prof. Krejčí.

nesl v televizi a druhý den jsem měl zaplavený e-mail od spousty lidí, kteří se dožadovali infuze železa, protože se cítili unavení a vyčerpaní – to je samozřejmě velké zjednodušení, takže jsem následně musel vše uvádět na pravou míru.

„Nedostatek železa na světě trápí asi 2 miliardy lidí.“

■ **Může mít neuvážené užívání železa nějaké zdravotní důsledky?**

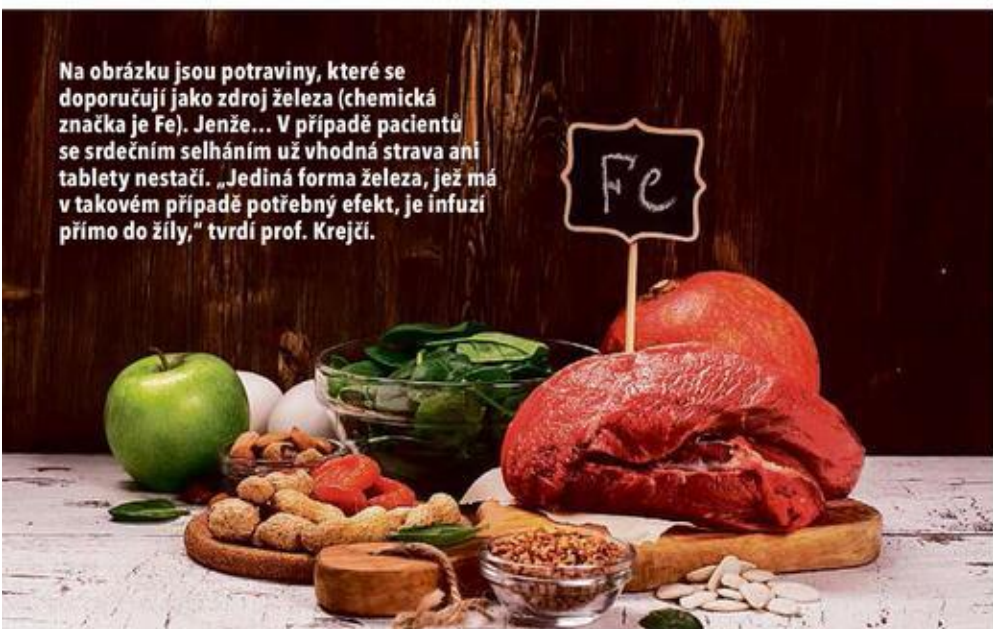
Samozřejmě, jako u všeho i tady platí, že pokud je něčeho málo, je to špatně, stejně jako když je něčeho moc. Dokonce existuje postižení srdečního svalu způsobené nadbytkem železa. Dochází k tomu při hemochromatóze, což je vrozená porucha metabolismu železa, kdy se ho vstřebává příliš mnoho a organismus si s ním neumí poradit. Případně k tomu může dojít u je-

dinců s poruchami krvetvorby, kteří potřebují opakované krevní převody, a tím se jim do organismu dostává i nadbytek železa. To se ukládá do tkání a orgánů, včetně srdce, a vlivem toho může dojít ke vzniku kardiomyopatie z nadbytku železa (*kardiomyopatie je označení pro skupinu onemocnění srdce, jež nejsou způsobena špatným oxyličením, tedy ischemií srdečního svalu, jako například v případě infarktu, ale jež se projevují primárním postižením srdečního svalu a vedou zejména k rozvoji srdečního selhávání, pozn. red.*). Za normálních, tedy fyziologických okolností je náš organismus vybaven regulačními mechanismy, takže veškeré nadbytečné železo by mělo být vyloučeno a k žádnému přetížení by nemělo dojít, a to ani při nadměrném příjmu potravin, jež jsou bohatým zdrojem železa, jako je červené maso, játra, ale i kakao, a tedy také hořká čokoláda. Naopak riziko nedostatku železa není, jak už jsem řekl, zas tak výjimečné. Hrozí zejména u pacientů po operačních výkonech, kde došlo k významnějším krevním ztrátám, nebo u žen se silnou menstruací. Ale také u lidí, kteří drží nějaká dietní opatření vedoucí k nedostatečnému přívodu železa, typicky třeba u vegetariánů nebo veganů. Existují sice i rostlinné zdroje železa, například luštěniny, na druhou stranu forma železa v nich obsažená je pro tělo využitelná hůře než z živočišných zdrojů.

■ **Napadá vás ještě jiná diagnóza, než je srdeční selhání, u níž by doplňování železa infuzí pacientům prospělo a zlepšilo jejich zdravotní stav?**

Ano, nepochybně se to týká řady dalších onemocnění – například zařívacího traktu, mohou to být nemocní po velkých ope-

Na obrázku jsou potraviny, které se doporučují jako zdroj železa (chemická značka je Fe). Jenže... V případě pacientů se srdečním selháním už vhodná strava ani tablety nestačí. „Jediná forma železa, jež má v takovém případě potřebný efekt, je infuze přímo do žil,“ tvrdí prof. Krejčí.



racích, pacienti s onemocněním krvevorbou či ledvin, ženy po porodech provázených těžším krvácením a zřejmě i řada jiných. My jako kardiologové si musíme všimnout nemocných s ischemickou chorobou srdeční, kteří mají například implantovaný koronární stent (jakási „výztuž“ zúžené části tepny, pozn. red.). Aby se neucpal krevní sraženinou, tito pacienti užívají léky na ředění krve. Ty jsou nutné i u fibrilace síní, velmi časté poruchy srdečního rytmu. Tito pacienti jsou ohroženi ztrátami krve, a tak mohou mít i větší ztráty železa. Ale efekt substituce železa u těchto lidí podložený daty nemáme. Klinické studie byly provedeny jen u pacientů se srdečním selháním. A pouze těmto pacientům je infuzní podání železa plně hrazeno ze zdravotního pojištění.

■ Říkal jste, že užívání železa snižuje úmrtnost lidí se srdečním selháním. Může jeho doplnění předejít kardiiovaskulárnímu onemocnění nebo ho oddálit?

Taková data bohužel zatím nemáme. Pacienti se srdečním selháním mohou být díky moderním lékům po mnoho let, nebo dokonce desetiletí ve stabilizovaném stavu, tedy s normální kvalitou života. Pokud se ale do tohoto stabilizovaného stavu dostane nějaký rušivý prvek, a tím může být třeba právě nedostatek železa, rovnováha se nabalourá a nemocný se najednou začne víc zadýchávat, zhorší se jeho výkonnost, mohou se objevit i psychické potíže, například deprese. Nedostatek železa je spojený s vyšším rizikem, že tito nemocní budou hospitalizováni pro srdeční selhání. To znamená, že zatím nemáme doloženo, že by železo fungovalo jako prevence vzniku srdečního selhání, ale určitě můžeme říci, že se substituce (doplnění, pozn. red.) železa dá označit za prevenci zhoršení srdečního selhání u jedinců s jeho nedostatkem.

■ Kolik lidí u nás srdečním selháním vlastně trpí?

Bohužel je to velmi časté onemocnění. V České republice se s ním léčí zhruba 350 tisíc nemocných. Je nejčastějším důvodem hospitalizací u lidí starších 65 let. Před nějakými 20 nebo 30 lety převažovali na kardiologických odděleních pacienti s infarktem myokardu, ovšem díky léčbě se podařilo výskyt infarktů snížit, zvyšují se však naopak počty srdečního selhání. Podle statistických prognóz u nás bude



▲ Zdravý člověk železo z těla zas tak snadno neztrácí. Významnější úbytek bývá spojený například s krevní ztrátou - například po operacích nebo u žen, které mají silnější menstruaci.

do roku 2040 až 900 tisíc lidí s touto diagnózou. To znamená, že během šestnácti let by se výskyt srdečního selhání mohl až ztrojnásobit.

■ To znamená, že srdečního selhání bude brzy tolik, co diabetiků 2. typu?

Je pravda, že diabetiků je u nás nyní zhruba jeden milion, takže za těch šestnáct až dvacet let může být výskyt srdečního selhání na stejném čísle. Ale diabetiků bude zřejmě také přibývat, takže nám zase utečou. Nicméně je důležité říct, že zrovna diabetes výrazně zvyšuje riziko srdečního selhání a také zhoršuje jeho prognózu. Totéž platí i pro ostatní civilizační choroby. Vše je totiž provázané. Když má někdo cukrovku, vysoký krevní tlak, vysoké lipidy (tuky, pozn. red.), obezitu, a ještě k tomu hojně konzumuje alkohol, kouří a nehýbe se, má vysoké riziko kardiiovaskulárních onemocnění, ale i vyšší riziko selhání ledvin. Selhání ledvin může vést k rozvoji srdečního selhání, což platí i naopak – srdeční selhání zhoršuje funkci ledvin. Navíc pacienti se současným selháním ledvin a srdce a s cukrovkou pak mají ještě významně horší prognózu. Ideální cestou by byla prevence, o což se musíme osvětou snažit; pokud už onemocnění vznikne, je naprosto zásadní je rozpoznat co nejdříve, protože čím dříve zahájíme léčbu srdečního selhání, tím větší je šance, že se nemoc podaří úspěšně stabilizovat. A toho lze docílit jen správnou a pečlivou diagnostikou.

„Diabetes riziko srdečního selhání výrazně zvyšuje.“

muje alkohol, kouří a nehýbe se, má vysoké riziko kardiiovaskulárních onemocnění, ale i vyšší riziko selhání ledvin. Selhání ledvin může vést k rozvoji srdečního selhání, což platí i naopak – srdeční selhání zhoršuje funkci ledvin. Navíc pacienti se současným selháním ledvin a srdce a s cukrovkou pak mají ještě významně horší prognózu. Ideální cestou by byla prevence, o což se musíme osvětou snažit; pokud už onemocnění vznikne, je naprosto zásadní je rozpoznat co nejdříve, protože čím dříve zahájíme léčbu srdečního selhání, tím větší je šance, že se nemoc podaří úspěšně stabilizovat. A toho lze docílit jen správnou a pečlivou diagnostikou.

■ Jak postupujete?

Používáme laboratorní testy na hodnocení takzvaných natriuretických peptidů. Jsou to hormony, které zvyšují vylučování sodíku do moči, tím zvyšují výdej moči, snižují krevní tlak a objemovou zátěž srdce. Pokud je člověk dušný a my si nejsme jisti, jestli jsou potíže způsobeny onemocněním plic, ledvin, nedostatkem červených krvinek, nebo srdečním selháním, můžeme použít právě tuto metodu, která je velice jednoduchá, a navíc hrazená zdravotními pojišťovnami. Zvýšené hodnoty natriuretických peptidů významně svědčí pro skutečnost, že příčina tkví v srdci, jejich nízká hodnota naopak srdeční příčinu s vysokou pravděpodobností vylučuje. Proto velmi apelujeme na využívání těchto testů, které se sice stále více dostávají do povědomí lékařů, včetně těch v první linii, tedy praktických,

Nepřetěžovat, ale ani nelenošit. Pokud nemáte velkou nadváhu, stačí vašemu srdíčku pro to, aby se udrželo v kondici, když pětkrát týdně (ale raději vícrát) zařadíte třicetiminutovou procházku apod.



► Nejčastější projevy nedostatku železa? Únava, slabost, nevykonnost. „Může to být i chudokrevnost, a dokonce i kožní problémy,“ doplňuje prof. Krejčí.

ale pořád jsou tam určité rezervy. Dalším důležitým momentem je pak včasné nasazení správné léčby. Jedině ta dokáže zabránit nástupu nebo ho oddálit a zpomalit progresi srdečního selhání, a tedy významně zlepšit budoucnost nemocného.

■ Paleta léčebného arzenálu se v posledních letech významně rozrostla, je to tak?

Ano, dneska máme k dispozici takzvanou „velkou čtyřku“, což jsou čtyři lékové skupiny s jasným důkazem zlepšení kvality i prognózy nemocných. Nejnovějším zástupcem v této „velké čtyřce“ jsou pak preparáty, které byly původně využívány jako antidiabetika. Řeč je o tzv. gliflozinech (*diabetik díky nim nadbytek cukru vymočí, léky tak pomáhají udržet hladiny krevního cukru, pozn. red.*), jež kromě diabetu 2. typu a srdečního selhání pozitivně ovlivňují i funkci ledvin. V souvislosti se správnou léčbou ale také často narážíme na téma takzvané terapeutické inercie, tedy nečinnosti.

■ Jde tedy o to, neustnout v léčbě?

Přesně tak. Pokud totiž nemocnému nasadíme léky, které dobře zabírají, a on se cítí fajn, může nás to do té míry uspokojit, že tuhle „vítěznou“ lékovou sestavu nezměníme. Dnes už ale víme, že bychom na každé kontrole měli léčbu přehodnocovat. Například lze zvýšit dávky léků, protože je dokázáno, že čím vyšší dávku léků z této „velké čtyřky“ použijeme, tím více z toho může pacient profitovat. Další možností je některý z preparátů nahradit jiným, novějším lékem. Podstatou je tedy nečekat se změnou



léčby až do chvíle, kdy se pacientův stav zhorší, protože v pozdějších stádiích nemoci už není benefit z léčby zdaleka takový, jako když se nasadí ještě ve stabilní situaci. Je to trochu střelba do vlastních řad, ale je potřeba, abychom my lékaři, kteří se

„Důležité je nasadit správnou léčbu včas.“

staráme o pacienty se srdečním selháním, s fenoménem terapeutické inercie vědomě bojovali. Samozřejmě to není „zadarmo“, my si tím vlastně přiděláváme práci, protože když něco funguje 5 let, pacientovi je dobře, pak s ním nemáme mnoho starostí, a navíc jeho motivace ke změně léčby je malá. Naopak, zasahování do medikace má celou řadu potenciálních rizik. Na-

příklad že pacient nebude nový lék dobře snášet, může mít pokles tlaku s motáním hlavy či závratěmi, může trpět nevolností nebo se mu mohou zhoršit funkce ledvin či „rozhodit“ minerální rovnováha a podobně. Přesto bychom se o optimalizaci léčby měli snažit, protože dlouhodobé benefity nad těmito možnými problémy převažují – zkrátka takto můžeme předejít budoucímu zhoršení průběhu srdečního selhání.

■ Ještě zpět k lékům. Glifloziny ale nejsou jediným lékem, který jste si pro léčbu srdečního selhání „vypůjčili“ z diabetologie, že?

Máte pravdu. Jedním z dalších léků, které se používají pro léčbu cukrovky, jsou tzv. GLP-1 agonisté. Takovým dneska mediálně nejznámějším zástupcem je semaglutid, který významně snižuje váhu obézních pacientů (*snižuje pocit hladu, zpomaluje vyprazdňování žaludku, ovlivňuje pocit sytosti, pozn. red.*), ale i hladinu cukru v krvi. Kromě toho se ukázalo, že pozitivně ovlivňuje riziko postižení ledvin a kardiovaskulárních komplikací. To platí zejména pro pacienty se srdečním selháním se zachovanou ejekční frakcí levé komory (*tedy stažlivost srdeční svaloviny, která je zodpovědná za vypuzování krve ze srdce, je zachovaná, pozn. red.*), ale naopak mají problém s naplňováním srdce. Svalovina je, laicky řečeno, tužší, a plní se tedy pod větším tlakem, což vyvolává srdeční selhání. Právě u těchto pacientů, zejména jsou-li obézní, mohou mít GLP-1 agonisté významný efekt. Čerstvě publikovaná studie STEP-HFpEF potvrdila zvýšení kvality života, zlepšení vykonnosti i krevních biomarkerů.

■ Když máte nyní v rukou tak účinné léky, není naděje, že se ty statistické prognózy o nárůstu srdečního selhání nenaplní?

Doufáme v to. K tomu je však také zapotřebí, aby se lidé o sebe začali trochu více



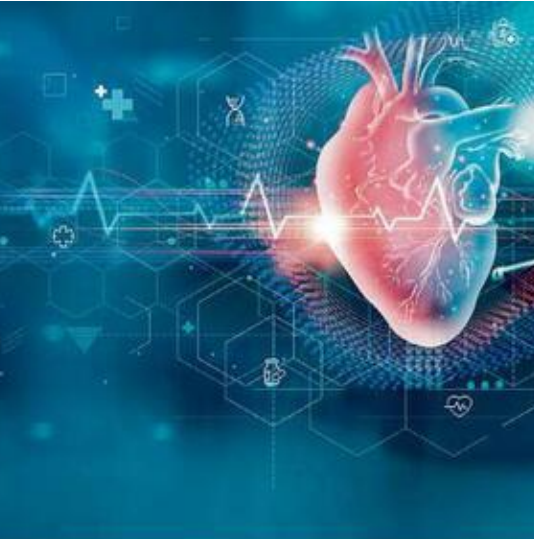
starat. Přes veškerý pokrok, jaký farmakologická léčba za posledních 30 let udělala, zemře 50 procent nemocných do 5 let od okamžiku, kdy je jim diagnóza srdečního selhání stanovena. Řada onkologických pacientů tak má ve srovnání se srdečním selháním daleko lepší prognózu. Přitom vnímání závažnosti těchto nemocí je v populaci úplně obrácené. Lidé by si měli uvědomit, že i oni se sebou musejí něco dělat.

■ **Asi narážíte na fakt, že nejlepší léčba je prevence, že?**

Ano, ale bohužel česká populace žije rizikovým způsobem. Máme málo pohybu, obezitu, cukrovku, vysoký tlak a cholesterol, kouříme, máme vysokou spotřebu alkoholu. To, že se o sebe lidé málo starají, vede v konečném důsledku k rozvoji ischemické choroby srdeční, jež často vede třeba právě k infarktu. Ten je pořád nejčastější příčinou rozvoje srdečního selhání. My lékaři opravdu nejsme všemohoucí, léčbou můžeme prognózu ovlivnit jen do určité míry. Důležitou roli hrají i sami pacienti, tím, že přijdou k lékaři včas, dodržují opatření, ať už preventivní, nebo léčebná. Je známo, že první rok po infarktu nebo jiném akutním stavu užívá léky 80 až 90 procent nemocných, ale po třech letech je 50 procent z nich brát přestane. Léčba srdečního selhání přitom musí být celoživotní. Ale jak už jste sama řekla, vel-

▼ **„Podle statistických prognóz u nás bude do roku 2040 až 900 tisíc lidí s diagnózou srdečního selhání. To znamená, že během šestnácti let by se výskyt srdečního selhání mohl až ztrojnásobit,“ říká přednosta I. interní kardiologické kliniky Lékařské fakulty brněnské Masarykovy univerzity prof. Krejčí.**

Kardiovaskulární onemocnění, tedy choroby spojené s funkcí srdce a krevním oběhem, jsou nejčastější příčinou úmrtí v Evropě. Tři největší zabijáci z této oblasti jsou infarkt (selhání srdečního svalu kvůli jeho nedostatečnému prokrvení), mrtvice (nedostatečné prokrvení mozku) a srdeční selhání, při němž srdce není schopno krev správně pumpovat; následují onemocnění srdečních chlopní a nemoci srdečního svalu.



mi důležitá je i prevence, která zahrnuje pravidelný pohyb. Jenže v okamžiku, kdy se rozvine srdeční selhání, začnou se pacienti při fyzické zátěži zadýchávat. Proto jim říkáme, dělejte s tím něco, dokud ještě můžete.

„Češi bohužel žijí rizikovým způsobem života.“

■ **Kolik pacientů se srdečním selháním má obezitu nebo nadváhu?**

Řekl bych, že velká část. Obezita je nako- nec rizikovým faktorem pro srdeční selhání. Ovšem existuje něco, čemu říkáme kardiální kachexie, což je terminální, tedy konečná fáze srdečního selhání, spojená se závažnými změnami prokrvení zažívacího traktu, takže nemocní hubnou. Když nám tedy pacient se srdečním selháním

řekne, že za posledního půl roku shodil 10 kg, aniž by se o to nějak snažil, je to alarmující moment, protože jeho onemocnění přechází do terminální fáze. To je pro nás zároveň takový zdvižený prst, že pokud jde o nemocného, který by mohl být kandidátem srdeční transplantace nebo implantace mechanické srdeční podpory, je nejvyšší čas začít nemocného na tento výkon připravovat. Obecně je rozvoj kardiální kachexie rizikovým momentem, který je spojen se sarkopenií, tedy úbytkem svalové hmoty, později vede k poruchám imunitního systému, takže pacienti se po operaci těžko dostávají do kondice a jejich šance na přežití pooperačního období se výrazně snižuje. Za optimálního stavu, tedy pokud se transplantace provede ve správný čas u správně vybraného nemocného, první rok po transplantaci přežívá více než 90 pacientů lidí.

■ **Kolik lidí za rok u nás dostane nové srdce?**

Ročně se v České republice transplantuje u nějakých 70 lidí. Zhruba 50 procentům pacientů se implantuje srdeční mechanická podpora. Mnohým pacientům tyto zákroky zásadním způsobem změny kvalitu života. Ale nemocných se srdečním selháním jsou tisíce, takže to není populační řešení problému.

■ **Tím je, hádám, prevence, a tedy zdravý životní styl.**

Ano, starat se o cukrovku, o vysoký krevní tlak, cholesterol a hlavně se hýbat. Pohyb je z hlediska prevence rozvoje kardiovaskulárních chorob extrémně důležitý.

■ **Ve které z těchto oblastí máme my Češi největší rezervy?**

Zejména v obezitě, v níž jsme na špičce Evropy. Ta je důsledkem špatné stravy a nedostatku pohybu. Problém je i konzumace alkoholu a kouření. Nejde o to, zakazovat lidem, aby si po obědě dali sklenici piva nebo po večeri dvojku vína, pro řadu lidí to je důležitý prvek životní spokojenosti. Ale





musí to mít určité hranice. Už dlouho totiž víme, že nadužívání alkoholu vede k poškození srdečního svalu a rozvoji srdečního selhání. Tedy i toto jsou opatření, která se jistě nebudou radě lidí líbit, ale zároveň mohou zabránit mnoha případům srdečního selhání.

■ V poslední době se často hovoří o změně organizace zdravotní péče. Může to pomoci zvládnout tzv. epidemii srdečního selhání?

Máme poměrně velkou a možná i zbytečně hustou síť akutních nemocnic, ale nemáme následnou péči pro ty, kteří ji budou dlouhodobě potřebovat. Stárnutí populace a prognózy vývoje jednotlivých cho-

rob nám jasně říkají, o co je nejvyšší čas se starat. Je potřeba vytvářet systém, kde by bylo postaráno o polymorbidní nemocné (*trápí je více chorob najednou, pozn. red.*) často pokročilého věku, u nichž je hlavním a zásadním cílem něco, čemu říkáme „péče o komfort“. Jde hlavně o ošetrovatelskou péči, tlumení bolesti či dušnosti. Tato péče může ideálně probíhat v domácím prostředí nemocného, popř. v zařízeních paliativní péče (*kde se starají o nevyléčitelně nemocné, pozn. red.*). Protože je ale podobných zařízení nedostatek, tyto nemocní místo toho končí v nemocnici pro akutní péči, kde jim už však z léčebných metod

nemáme co nabídnout a jejichž kapacita potom nestačí pro optimální pokrytí požadavků na specializovanou péči. Chápu, že každý chce mít ve svém městě nemocnici, aby nemusel nikam daleko jezdit, ale spolu se stárnutím populace, narůstajícím nedostatkem zdravotnického personálu a současným nárůstem počtu nemocných se srdečním selháním – a samozřejmě nejen s ním – je stávající model dlouhodobě neudržitelný. Je to ovšem něco, co my jako zdravotníci nejsme schopni vyřešit. Je to velmi citlivý a složitý problém, který čeká na nalezení společenské a politické shody, bez níž jej nelze vyřešit. My jako zdravotníci můžeme a musíme dělat to, co doposud – snažit se zabránit rozvoji onemocnění, včasné ho odhalit a co nejefektivněji léčit. A také za každou nemocí vidět vždy konkrétního člověka, který je nám v léčbě partnerem a v souladu s jehož názorem by měla být léčba vedena.

Silvie Králová

