

Kristýna Čillíková, Foto: z archivu Kristýny Čillíkové s jejím souhlasem

## Rizikovní pacienti se závažnými dyslipidemiemi bezradně bloudí systémem, upozorňuje Kristýna Čillíková

9.10.2022 Praxe

Inovativní léčba, která je dostupná, je také udržitelná. Včas a dobře léčený rizikový pacient může žít dlouhý, kvalitní a produktivní život, bez potřeby nákladné a vysoce specializované léčby komplikací. To si myslí místopředsedkyně patientské organizace Diagnóza FH Kristýna Čillíková, další respondentka naší ankety o kardiovaskulární prevenci. Jako velkou překážku dostupnosti inovativních léků například pro pacienty s hypercholesterolemií pak vidí v omezení jejich preskripce na centra.

### Jak zlepšit zdraví české populace a snížit kardiovaskulární mortalitu o odbornou společností zamýšlených 5 procent do roku 2035?

Myslím si, že tato iniciativa České kardiologické společnosti je velmi potřebná a přichází za „pět dvanáct“, protože na kardiovaskulární onemocnění se u nás umírá zdaleka nejvíc a situace se bude podle predikcí dál zhoršovat. Za zásadní považují, aby došlo ke konsenzu a společnému postupu lékařů, plátců zdravotní péče, SÚKL, farmaceutických společností, patientských organizací a samozřejmě politiků – bez politické podpory systémové změny nejde realizovat. Klíčové je posunout myšlení ke kardiovaskulární prevenci jako ke strategii, která se vyplatí zdravotně i ekonomicky. Evropská unie už to pochopila a začíná tímto směrem působit stále rozhodněji. S prevencí souvisí péče o zdravotní gramotnost obyvatel, propagace zdravého životního stylu jako něčeho samozřejmého, zavádění screeningových programů – například potřebujeme plošný dětský screening familiární hypercholesterolemie, který odhalí toto onemocnění už u dětí, tedy velmi časně, a zároveň ukáže na stejně postiženého rodiče, který o své nemoci nemusí vůbec vědět a přitom je už v mladém věku ve velmi vysokém kardiovaskulárním riziku. Dále je třeba pečovat o to, aby rizikovní pacienti nebo pacienti v sekundární prevenci byli adekvátně léčeni – o to musí mít snahu nejen oni sami, ale měli by k tomu být motivováni i jejich lékaři. A konečně, zdravotní pojišťovny by měly mít skutečný zájem o prevenci a předcházení komplikacím, protože dlouhodobě se jim to rozhodně vyplatí.

### Jak a kde by měl být pacient s vysokým cholesterolem nejlépe léčen? Jak dosáhnout větší adherence k léčbě a dosahování cílových hodnot léčby?

V naší patientské organizaci se mnohdy setkáváme s tím, že rizikovní pacienti se závažnými dyslipidemiemi bezradně bloudí systémem a zůstávají bez léčby nebo jsou léčeni tak, že ani zdaleka nedosahují cílových hodnot. Myslím si, že praktický lékař by měl pro pacienty s vysokým cholesterolem v krvi být první odbornou pomocí a informovaným rádcem. Pokud se jemu nepodaří pacienta zaléčit dostatečně efektivně, měl by jej včas odeslat ke specialistovi – pro pacienty s familiární hypercholesterolemií (FH), kteří mají hodnoty velmi vysoké a vyžadují intenzivní nebo inovativní léčbu, to platí především. Ambulantní specialista má ale dnes bohužel omezené možnosti – sice se asi nebude bát nasadit vysoké dávky účinných statinů s ezetimibem, ale pro novou biologickou léčbu, která naprostou většinu pacientů dokáže dovést k cílovým hodnotám, bude muset svého nemocného poslat do jednoho z 24 center. Pro pacienta to znamená dalšího lékaře, často dlouhé cestování a také mnohdy delší objednací doby. To vše může mít vliv na adherenci k léčbě. Kromě zbytečně limitujících úhradových kritérií pro inovativní léčbu vidím omezení preskripce těchto léků na centra jako velkou překážku dostupnosti adekvátní terapie nejen pacientům s FH, ale i dalším, kteří by z ní profitovali.

### Jak by měla vypadat efektivní organizace péče (praktik – ambulantní specialista – specializované centrum)? V čem vidíte limity centrové péče o pacienty s dyslipidemií?

Na tuto otázku jsem prakticky odpověděla už výše. Pokud budu mluvit o pacientech s FH, pro ně je péče specialisty zásadní a měli by se k ní dostat co nejdříve. A nemusí se jednat o centrum, stejnou péči pomocí inovativní léčby by jim dokázali poskytnout i ambulantní specialisté, pokud by tu možnost měli. Ukazuje se, že centra z různých důvodů neléčí tolik pacientů, kolik by bylo potřeba. Je načase, aby byla výhradní role center v léčbě dyslipidemií přehodnocena a byl nalezen ekonomicky udržitelný model, který zajistí léčbu všem, kteří ji z medicínských důvodů potřebují.

### Přestože je farmakologická léčba považována za jeden z neúčinnějších preventivních i terapeutických postupů v oblasti léčby vysokého cholesterolu jsou inovativní léčivé přípravky pro české pacienty omezeně dostupné. Jaké cesty vedou k větší dostupnosti inovací pro české pacienty?

Myslím si, že všichni, kteří rozhodují o dostupnosti inovativní léčby, by si měli uvědomit, že právě v dostupnosti spočívá udržitelnost. Jen včas a dobře léčený rizikový jedinec může žít dlouhý, kvalitní a produktivní život, bez potřeby nákladné a vysoce specializované léčby akutních a chronických komplikací, bez potřeby státní sociální podpory a podobně. U FH tady mluvíme už o adolescentech, mladých dospělých, rodičích malých dětí. Opravdu nechceme a nepotřebujeme mít tyto lidi zdravé?

-pur-

Další články autora



Centrová léčba dyslipidemie je špatné řešení, míní předseda praktických lékařů Petr...



Indikujeme málo pacientů, a dokonce nečerpáme budget pro inovativní léčbu, míní...



Zaměřujeme se na skutečný posun od vědy k léčbě, říká o ambicích...