proLékaře.cz | 6.11.2026

Editorial

Doba kardiokoronarovirová – jak moc v tom lítáme?

A. Linhart, J. Bělohlávek

II. interní klinika – klinika kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN v Praze

Je vlastně velice paradoxní, jak taková malá věc jako je virus SARS-CoV-2 může položit na kolena pomalu celou planetu. Můžeme se sice uklidňovat tím, že pandemie minulosti byly daleko smrtonosnější, nejde ale jen o počty obětí, jde o ekonomický a sociální dopad. Problémy přitom nemusí mít jen chudé země. Chudoba je všudypřítomná i v těch nejbohatších zemích. Ekonomická rovnováha je velmi křehká a s nevyhnutelnými restrikcemi, které zásadně ovlivňují ekonomický a společenský život, se může socioekonomické postavení řady lidí rychle zhoršit i v zemích, jako je ta naše. Možná si kladete otázku, jak to souvisí s kardiologií. Souvisí a velmi těsně. Kromě tradičních rizikových faktorů aterosklerózy jsou to právě socioekonomické postavení a prosperita, které rovněž zásadně determinují kardiovaskulární riziko. Po mnoha letech systematického úsilí, které vedlo k významnému poklesu morbidity a mortality na srdečně-cévní onemocnění, se křivky mohou rychle obrátit směrem vzhůru.

Samozřejmě nám teď na srdci leží šířící se infekce, nemocní s manifestní chorobou, dostupnost komplexní péče o ně a zachování stability celého zdravotnického systému. Bohužel, restrikce a vynucená reorganizace péče, zejména omezení elektivních kontrol, vyšetření a výkonů, mohou vést k paradoxnímu jevu. Nemocní s kardiovaskulárními chorobami mohou začít plnit čekárny urgentních příjmů a riziko, že se zde infikují, bude enormní. Otázkou je, jak moc je tedy účelné omezit ambulantní provozy. Toto zdánlivě logické opatření má i další významné úskalí. Celková péče o kardiaky se nepochybně zhorší. Abychom však k tomu nemuseli přikročit, musela by být dostatečně dostupná ochrana zdravotníků kvalitními osobními ochrannými pomůckami. A jak všichni víme, tady jsme zaspali na startovní linii. Wu-chan se všem jevil daleko a ani profesionálové z oblasti epidemiologie neměli dostatečně silný hlas a nebyli vyslyšeni, aby se stát předzásobil.

Dalším neštěstím je samotná choroba jako taková. Všichni víme, že její manifestace zahrnují febrilie, respirační tíseň a rozvoj bronchopneumonie nebo ARDS. Koronární jednotky jsou ale běžnou destinací nemocných s respirační tísní. I tady je otázkou, nakolik jsou tyto jednotky vybaveny ochrannými prostředky a jak flexibilní je testování nemocných, které přijímají. Problém je i v hrozbě prodlení. Ukazuje se, že v době pandemie se u nemocných s akutním infarktem myokardu negativně podepisují preventivní ochranné postupy personálu na všech časových intervalech v přednemocniční i nemocniční fázi [1]. Někteří dokonce navrhují vrátit se k trombolytické léčbě u nemocných se STEMI a daleko častěji postupovat konzervativně u pacientů s non-STEMI, u kterých by přinejmenším vyloučení COVID-19 před koronární intervencí mělo být běžnou strategií [2].

Nesmíme zapomínat, že nemocní s COVID-19 mohou být často posíláni na kardiologická oddělení celkem legitimně. Procento nemocných s elevací troponinu je velké (až 36 % u nemocných s těžkým průběhem, asi 12 % mezi všemi případy) a někteří skutečně mohou mít projevy fulminantní myokarditidy s nutností specializované péče, vč. mechanických podpor oběhu [3–5].

Nakonec se nelze nezmínit o jistém stupni paniky, který vyvolala hypotéza, že nemocní užívající ACE inhibitory a/nebo sartany mohou být ve vysokém riziku pro těžký průběh infekce, neboť virus vstupuje do buněk přes ACE2 receptor (mimochodem jej exprimují nejen buňky v plicích, ale i kardiomyocyty) [6]. Stávající stanovisko ESH (European Society of Hypertension) zdůrazňuje potenciální riziko přerušování léčby těmito preparáty a tento krok nedoporučuje. Problémem je, že epidemiologická data nám moc nepomohou. Ohroženou skupinou jsou starší a jinak nemocní lidé, často trpící právě hypertenzí, srdečním selháním nebo jsou po prodělané kardiovaskulární příhodě. Tedy trpí stavy, které jsou právě indikací k podávání ACE inhibitorů a sartanů. Paradoxně se objevují i názory, že podávání sartanů by naopak mohlo být léčebným opatřením [7].

Každopádně nemáme mnoho dat, která by nás opravňovala začít manipulovat s léčbou našich nemocných jen proto, že byla vyslovena hypotetická domněnka, že by u nich průběh COVID-19 mohl být horší. Je nutno sledovat literaturu a nové poznatky. Je celkem dobře možné, že vbrzku budeme vědět víc a naše postupy přehodnotíme.

Podtrženo, sečteno, jako kardiologové jsme v tom až po uši. Naše pečlivě vypracované postupy u akutních nemocných jsou v době epidemie méně efektivní. Budeme čelit přílivu nemocných s postižením myokardu a při neopatrnosti v protektivních postupech či nedostupnosti ochrany personálu může být akutní kardiologická péče ohrožena. Omezili jsme péči o ambulantní nemocné, což se časem pravděpodobně projeví nárůstem komplikací. To, co nás čeká, až pandemie pomine, je nepochybně ekonomická recese, která bude mít dopad na celkové zdraví populace a bude doprovázena nárůstem kardiovaskulární morbidity. Počet obětí COVID-19 v důsledku přímé infekce tak může být jen vrcholkem ledovce, celková bilance bude daleko tragičtější.

Literatura

Seznam použité literatury je u editorialu v elektronické podobě na www.kardiologicarevue.cz.