

Rozhovor so MUDr. Zuzanou Jančúchovou

MUDr. Zuzana Jančúchová sa narodila v Žiline. Po maturitnej skúške na Strednej zdravotníckej škole začala študovať na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Jej prvým pôsobiskom sa stalo interné oddelenie vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Žiline, kde pracovala ako sekundárny lekár. Počas tohto obdobia získala atestáciu I. stupňa v odbore interná medicína. Neskôr prijala ponuku práce v diabetologickej ambulancii v Žiline (Medivasa s. r. o.), ako aj prácu na oddelení urgentného príjmu a neskôr aj prácu na dialyzačnom pracovisku Fresenius FMC Žilina. Počas tohto obdobia získala špecializačnú atestáciu z diabetológie, poruchy látkovej premeny a výživy a neskôr v odbore endokrinológia. Súčasne sa vo veľkej miere venuje problematike dyslipidémií a je subinvestigátorkou klinických štúdií.



Čo vás priviedlo k medicíne a špeciálne k diabetológii? Kto alebo čo vás k tejto špecializácii nasmeroval/o a bol/o pre vás najväčším akceleračtorom?

U mňa to bol prirodzený vývoj. V detstve bol prvým impulzom francúzsky náučný seriál „Bol raz jeden život“. Fascinovalo ma, čo všetko sa deje v ľudskom tele. Štúdium na zdravotníckej škole ma utvrdilo, že anatómia a klinika na úrovni strednej školy nie je postačujúca pre môj altruizmus, bolo mi teda prirodzené študovať medicínu a dbať o zdravie druhých.

Navyše rodičia ma ako vzdelaní ľudia viedli k tomu, že porozumieť svetu a ľuďom chce nielen odvahu, ale i vzdelanie a skúsenosti. Predovšetkým reálna klinická prax a práca na internom oddelení a oddelení urgentného príjmu človeka naučí rýchlo sa rozhodovať a najmä konať. Vidieť pacienta s anasarkou a globálnou kardiálnou dekompenzáciou po punkcii fluidothoraxu a po komplexnej liečbe vstať, odísť po vlastných a pokojne dýchať bolo ako zázrak. A hoci sa toho času venujem diabetológii a endokrinológii, často sa stretávam s pacientmi, ktorí nie sú v sledovaní internistu alebo kardiológa a považujem za svoju povinnosť liečiť ich komplexne a lege artis.

Čo považujete za najdôležitejšie v liečbe pacientov s hypercholesterolémiou?

Pracujem často s veľmi vysoko rizikovými pacientmi z hľadiska kardiovaskulárneho rizika (KV). Napríklad pacienti s diabetes mellitus (DM) 1. typu, ktorí sa liečia už 18 a viac rokov na diabetes a majú mikrovaskulárne komplikácie a aj v mladom veku u nich hrozí KV príhoda alebo s DM 2. typu s rozvinutým metabolickým syndrómom a jeho následkami.

Najdôležitejšia je stratifikácia rizika. Sú jednoduché skórovacie systémy, ktoré iste mnohí lekári používajú. Dôsledná anamnéza pacienta a vysvetlenie účinku i súčasných možností liečby je alfa a omega. V ďalšom kroku nasleduje v rámci primárnej prevencie preverenie orgánových komplikácií. Na našom pracovisku dopĺňame echokg vyšetrenie a dopplerovské vyšetrenie karotíd, ak je to indikované, aj dolných končatín, prípadne sono štítnej žľazy, hormonálny profil. Pre mnohých pacientov je najdôležitejšia komunikácia – vtedy je to iba krok k úspešnej liečbe a ich spolupráci.

Aké nové informácie z oblasti liečby dyslipidémií publikované v poslednej dobe vás najviac zaujali?

Diabetológia za posledné roky expanduje. Liečbu sústreďujeme najmä na prítomnosť kardiovaskulárnej či renálnej komorbidity, neprítomnosť hypoglykémie, redukciu hmotnosti. Máme k dispozícii čoraz väčšiu plejádu molekúl, ktoré zlepšujú prognózu diabetikov, dokonca klinické štúdie deklarujú účinok niektorých molekúl i u nediabetikov. Redukujú riziko srdcového zlyhávania – najmä SGLT2 inhibítory – či zasahujú do spomalenia procesu aterosklerózy – GLP-1 analógy, ktoré, zdá sa, aj zlepšujú kognitívne funkcie.

Mám veľmi dobré klinické skúsenosti s PCSK9 inhibítormi, ktoré svojou účinnosťou predbehli aj spomínané molekuly a ak dobrý diabetológ a lipidológ kombinuje modernú diabetologickú liečbu, ktorú máme k dispozícii, s aliokumabom môžeme očakávať synergický efekt.

Zaujímavé sú výsledky prospektívnej neintervenčnej štúdie PEARL z reálnej klinickej praxe z Nemecka v r. 2019. Hodnotila efektivitu a bezpečnosť aliokumabu. Sledovaná bola skupina 619 pacientov v období 24 týždňov liečených maximálnou tolerovateľnou dávkou statínov, prípadne v kombinácii s/bez ďalšej hypolipidemickej liečby. Priemerná hodnota LDL-cholesterolu bola 4,7 mmol/l (185 mg/dcl). Inklúzne kritérium bolo vysoké KV riziko takmer 51 % pacientov s verifikovanou familiárnou hypercholesterolémiou a 27,6 % pacientov s diabetes mellitus. Až 90,2 % pacientov bolo liečených na kardiovaskulárne ochorenie, 33 % pacientov prekonal akútny koronárny syndróm. Primárnym koncovým ukazovateľom bol pokles LDL-

cholesterolu, titrácia dávky sa odvíjala od KV rizika a klinických skúseností. Po 24 týždňoch došlo k zníženiu LDL-cholesterolu o - 48,6 % oproti východiskovej hodnote. Spolu 48,5 % pacientov dosiahlo cieľové hodnoty LDL-cholesterolu < 1,8 mmol/l alebo < 2,6 mmol/l podľa cieľových parametrov určených ošetrovujúcim lekárom. Výsledky štúdie boli v súlade so závermi klinických štúdií v rámci programu ODYSSEY.

V súbore mojich vlastných pacientov (n=30) na liečbe alirokumabom došlo k priemernému poklesu LDL-cholesterolu po nasadení liečby - 42 % z východiskovej hodnoty a u 90 % pacientov hladina LDL-cholesterolu dlhodobo pretrváva.



V súvislosti s ochorením COVID-19 sa hovorí o tzv. postcovidovom syndróme. Zaznamenali ste

tieto príznaky aj u vašich pacientov, ktorí prekonali ochorenie COVID-19?

S postcovid syndrómom sa stretávam pomerne často. Najmä s jeho pankreatogénnym účinkom a zhoršením kompenzácie diabetu či jeho vznikom. Problém vidím predovšetkým v simulácii ostatných pridružených komplikácií diabetu alebo endokrinopatií. Ťažko etiologicky oddiferencovať jeho symptomatológiu, najmä polyneuropatických ťažkostí, poliekových myalgii, vznik tyreopatie na prvý pohľad. Rozhodne ho treba mať na mysli v rámci diferenciálnej diagnostiky a netreba zabúdať ani na bazálne laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia, prípadne EMG a medziodborovú spoluprácu.

Čo by ste poradili čerstvému absolventovi, ktorý práve začína liečiť pacientov s dyslipidémiou, na čo by sa mal zamerať a čoho sa vyvarovať?

Predovšetkým sa upriamiť na resumé, s ktorým pacient odchádza – ktoré lieky užívať, aký je ich význam, kedy je potrebná ďalšia kontrola. Mojou radou je pragmatickosť v medicíne, zabránenie vlastnej inertnosti k liečbe v kombinácii s nadhľadom, ale aj sebakritikou.

Ak pacient nedosahuje cieľové laboratórne parametre, uistiť sa, či danú liečbu toleruje, či ju skutočne užíva a ak nie, poznať jeho dôvody (často bývajú bizarné a pacienti sú voči liečbe predpojatí, obávajú sa nežiaducich účinkov či skúseností iných pacientov). Treba sa pokúsiť nájsť liek, ktorý bude pacient tolerovať a začať radšej nižšími dávkami s ich up-titráciou.

Napríklad v liečbe dyslipidémie pri intolerancii vyskúšať rozhodne fixné kombinácie liečiv alebo monoterapiu ezetimibom a nebať sa posunúť sa na vyšší level s inhibítormi PCSK9, ak je pacient na liečbu indikovaný. Nekorektné voči pacientovi a vlastnej pohodlnosti je nepovedať o možnosti liečby, ak na ňu spĺňa indikácie. Vieme predsa, že ďaleko väčšie náklady na liečbu pacienta sú spojené s liečbou akútnej KV príhody alebo invalidizácie pacienta ako samotná liečba PCSK9 najmä v primárnej prevencii alebo pri liečbe familiárnej hypercholesterolémie

Práca vo vašej ambulancii si vyžaduje veľké nasadenie a časovú vyťaženosť. Ako sa vám darí udržiavať si vnútorný pokoj a elán v každodennej práci?

Medicínou žijem a skutočne ma naplňa a ak mám spätnú väzbu od pacienta, ktorou je jeho spokojnosť, dôvera a predovšetkým zlepšenie výsledkov a celkového zdravotného stavu, mám dostatok motivácie na každodennú prácu.

Vnútorný pokoj si udržiavam najmä čítaním (aj „nemedicínskej literatúry“), trávením času s rodinou a dcérou – tá mi vždy dobije baterky svojím úsmevom a starostlivosťou o mňa.

Ďakujeme vám za poskytnutie rozhovoru
Odborná redakcia KARDIO News