

Nové odporúčania pre kardiovaskulárnu prevenciu

A. Dukát

Prednávkou boli v Dubline počas kongresu Európskej kardiologickej spoločnosti a pracovnej skupiny pre kardiovaskulárnu prevenciu a rehabilitáciu (EuroPrevent) zverejnené nové odporúčania ESC, publikované 3. mája 2012. Ide o veľmi komplexný materiál, ktorý sa týka každého jedinca od intrauterínneho života až po koniec jeho života a ktorý ešte významnejšie stanovil dôležitosť zmeny štýlu života. Konečný dokument vychádza z výsledkov realizovaných klinických štúdií a observačných populačných štúdií [1].

Nové odporúčania zostavil profesor J. Perk za JTF Európsku kardiologickú spoločnosť a sedem ďalších spoločností. Sú asi o tretinu menšie, než boli posledné, štvrté odporúčania z roku 2007.

Odporúčania zdôraznili, že kardiovaskulárna prevencia má byť celoživotnou snahou a väčší dôraz sa prikladá behaviorálnym aspektom prevencie a celoživotnému dodržiavaniu správneho štýlu života. Po prvýkrát v histórii boli odporúčania zverejnené a rozobrané počas kongresu EuroPrevent (3. – 5. 5. 2012) a zároveň boli publikované v oficiálnom časopise ESC a k dispozícii je aj vrecková verzia aj s možnosťou prezentácie vybranými diapoziťami.

POTREBA ZLEPŠIŤ KARDIOVASKULÁRNU PREVENCIU

Aj posledné epidemiologické štatistiky potvrdzujú, že koronárna choroba srdca s jej komplikáciami je vedúcou príčinou, ktorá vedie ku predčasnej úmrtnosti vo všetkých krajinách vo svete. Každoročne v Európe zomrie vyše 4,3 milióna ľudí z kardiovaskulárnych príčin (zdroj European Heart Network). Väčšina zo

zomrelých sú osoby do 75 rokov, kde koronárna choroba srdca zodpovedá za 42 % úmrtí u žien a 38 % u mužov.

Väčšine z týchto predčasných úmrtí by bolo možné predísť, ak by sa aplikovali zásady prevencie, často princípy veľmi jednoduché: vynechanie fajčenia, diéta a telesné cvičenie. Dôkazy, že koronárna choroba srdca je zapríčinená preventabilnými rizikovými faktormi, máme z klinických štúdií a komunitných programov. Ako príklad môže slúžiť veľká štúdia INTER-HEART (z 52 krajín sveta, 15 000 pacientov po prekonalom infarkte myokardu a 15 000 matcových kontrol), ktorá ukázala, že deväť modifikovateľných rizikových faktorov zodpovedá za 90 % pripočítateľného rizika u mužov a 94 % u žien [2]. Medzi tieto rizikové faktory patria: dyslipidémia, fajčenie, hypertenzia, diabetes mellitus, abdominálna obezita, psychosociálne faktory, nízka spotreba ovocia, zeleniny a fyzická aktivita.

Táto štúdia tiež jasne ukázala, že 90 % infarktomyokardu vo svete je možné predísť, keďže je výsledkom životného štýlu postihnutých jedincov. A tiež dôležitým faktom je, že modifikácia štýlu života je možná vždy, teda aj ak už pacient prekonal závažnú kardiovaskulárnu príhodu.

V medicíne dôkazov máme aj ďalšie dôležité odkazy pre klinickú prax. U 19 000 pacientov, ktorí boli po prekonalom infarkte myokardu a boli riešení perkutánnou koronárnou intervenciou (z 41 krajín sveta), ak títo nezmenili svoj doterajší štýl života (pokračovali vo fajčení, diétnych zvyklostiach a pravidelne necvičili), mali 3,8-krát vyššie riziko opakovaného infarktu myokardu, mozgovocievnej príhody alebo smrti do

šiestich mesiacov, napriek zavedenej intenzívnej medikamentózne liečbe [3].

Z uvedených dôkazov medicíny jasne vyplýva pre klinickú prax potreba zmeny štýlu života ako neoddeliteľná súčasť preventívnej medicíny [4].

VÄČŠÍ DÔRAZ SA KLADIE NA POPULAČNÉ ŠTÚDIE

Radikálnou zmenou je po prvýkrát predkladaný v novom doporučení tzv. GRADE systém (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation) na hodnotenie dôkazov, ktoré priniesli populačné štúdie, čo predstavuje dodatok ku doterajšiemu tradičnému prístupu, ktoré zaviedla ESC vo svojich odporúčaníach.

GRADE systém, ktorý bol vyvinutý BMJ (British Medical Journal), berie do úvahy aj iný rozmer než len kvalitu v medicíne dôkazov. Zvlášť faktory, ako sú stupeň neistoty, váhu benefit a riziko v intervencii a či je intervencia aj prínosom v zdrojoch. Dovolí tak jasné odlíšenie medzi kvalitou a váhou vo svojich odporúčaníach.

Tradičný prístup stupňovania berie do úvahy predovšetkým randomizované klinické štúdie (RCT). Je to správny a akceptovaný prístup, avšak problémom v nich sú skúšané liečivá. V týchto štúdiách liečivá vylúčia merania štýlu života (je to jednoduché pre štúdiu merať iba cholesterol alebo krvný tlak), ale ťažšie zmeny štýlu života (diéta, ukončenie fajčenia) [5].

GRADE systém používa vo svojich doporučeníach iba dve kategórie: silnú a slabú. Umožní tým v klinickej praxi jasnú interpretáciu pre lekárov, pacientov, politikov a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

KOMPLEXNÝ DOKUMENT ODPORÚČANÍ POKRÝVA VŠETKY OBLASTI PREVENIE

Nové odporúčania pre kardiovaskulárnu prevenciu zahrňujú širokú oblasť otázok: hodnotenie celkového kardiovaskulárneho rizika, ochorenia so zvýšeným kardiovaskulárnym rizikom, metódy kardiovaskulárnej prevencie, intervencie na ukončenie fajčenia, dietne zvyklosti, telesnú aktivitu, psychosociálne faktory, telesnú hmotnosť, krvný tlak, diabetes mellitus 2. typu, lipidy, antitrombotickú liečbu. Väčší dôraz sa kladie na princípy behaviorálnych zmien a na príčiny, prečo pacienti neadherujú na medikamentóznou liečbu. Novými súčasťami odporúčaní sú aj preventívne programy pre sestry, rodinných lekárov, ambulantných kardiológov a internistov a pre špecializovaných

rehabilitačných pracovísk pri nemocničných zariadeniach. Keďže zmena ľudského správania je vecou politickou, potrebný je impakt politikov ako zodpovedných za poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre svojich obyvateľov. Potrebné je, aby mali reálny záujem a následný vplyv na tvorbu lepšieho a zdravšieho životného prostredia, zmenou potrebnej legislatívy a príslušných zákonov (napr. v potravinovej oblasti: soľ, trans formy mastných kyselín, aditív a farbív, genetickej úpravy atď.) i školskej výchovy budúcej generácie.

Literatúra

1. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted

by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 2012; 33(13): 1635–1701.

2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364(9438): 937–952.

3. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P et al. Association of diet, exercise and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation 2010; 121(6): 750–758.

4. New Guidelines deliver concise messages for implementing cardiovascular prevention. Dublin: ESC Press Office 2012.

5. Yusuf S, Cairns JA, Camm J et al. Evidence – based cardiology. London: BMJ Books 2003.

prof. MUDr. Andrej Dukát, CSc., FRCP

II. interná klinika LF UK
a UN Bratislava
andrej.dukat@sm.unb.sk