

Comment on the 2016 ESC guidelines for cardiovascular prevention

Komentár k 2016 Odporúčaniam ESC o kardiovaskulárnej prevencii

Filipová S¹, Gašpar L², Lietava J², Vachulová A¹

¹Klinika kardiológie a angiológie LF SZU a NÚSCH, a.s., Bratislava, Slovenská republika

Európska kardiologická spoločnosť (ESC) v spolupráci s 10 ďalšími medzinárodnými odbornými spoločnosťami a vybranými expertmi pripravila tradične rozsiahly materiál. K redakcii a úpravám textu ESC prizvala aj jednotlivé národné odborné spoločnosti, vrátane Slovenskej kardiologickej spoločnosti. Úplné znenie má (bez literárnych odkazov) 62 strán časopiseckého textu a dokumentácie. K dispozícii je aj Vreckové vydanie, ktoré obsahuje kľúčové údaje zo základného textu.

V aktuálnych 2016 Odporúčaníach ESC o kardiovaskulárnej prevencii sa **kladie dôraz na celoživotnú prevenciu – „life long prevention“**. Zdôrazňuje sa skutočnosť, že prevencia sa musí realizovať súčasne na individuálnej aj celospoločenskej úrovni. Osobitná kapitola sa venuje celospoločenským opatreniam a úlohám na úrovni masmédií, politických štruktúr, škôl a hospodárstva s cieľom redukcie kardiovaskulárnych (KV) rizikových faktorov.

V predložennom dokumente sa konštatuje, že hoci sa dosiahli isté úspechy na úrovni **celospoločenských preventívnych opatrení v oblasti zákonodarstva** (napríklad zákony o ochrane nefajčiarov), pretrvávajú veľa ďalších výziev z aspektu prevencie. Sem patrí otázka pandémie obezity, diabetu, metabolického syndrómu a arteriálnej hypertenzie. KV ochorenia predstavujú hlavnú príčinu úmrtnosti a chorobnosti v Európe, preto táto problematika je stále aktuálna z celospoločenského hľadiska.

Komplexná KV prevencia je nevyhnutná i z ekonomických dôvodov. Výdavky na liečbu KV ochorení majú rozhodujúci podiel na celkových výdavkoch zdravotníckej starostlivosti.

Riziková stratifikácia

Na stratifikáciu celkového KV rizika jednotlivca vo veku nad 40 rokov sa odporúča využívať skórovací systém SCORE, ktorým možno odhadnúť 10-ročné riziko výskytu smrteľnej

KV príhody. K stanoveniu KV rizika pomocou tohto systému je potrebné okrem veku, pohlavia a statusu fajčenia doplniť aj hodnoty systolického krvného tlaku a celkového cholesterolu. Treba mať na pamäti, že osoby s už diagnostikovaným KV ochorením alebo s diabetes mellitus, prípadne s chronickým obličkovým ochorením sú z týchto dôvodov zaradené do vysokorizikovej skupiny.

V aktuálnych 2016 ESC Odporúčaníach o kardiovaskulárnej prevencii sa uvádza, že pomocou systému SCORE vypočítané riziko môže byť reklasifikované v dôsledku výskytu modifikátorov rizika. Modifikátormi sú napríklad psychosociálne faktory (chronický stres, depresia), rodinná anamnéza KV ochorenia v mladom veku, telesná hmotnosť, kalciové skóre, nález aterosklerotických plakov v karotidách, abnormálny tlakový index členok-rameno (ABI). Meranie intimo-mediálnej hrúbky karotickej artérie (IMT) ako modifikátor rizika sa v predložennom dokumente už neodporúča (Trieda odporúčania III, Úroveň dôkazu A).

V dokumente sa zdôrazňuje **špecifický prístup pri odhade KV rizika u niektorých skupín obyvateľstva**. Sú to predovšetkým mladé osoby vo veku menej ako 50 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou predčasného KV ochorenia, u ktorých je indikované vyšetrenie na familiárnu hypercholesterolémiu. Ďalej je to skupina žien so zvýšeným KV rizikom pri výskyte preeklampsie, s gestačným diabetes mellitus, hypertenziou v gravidite a pri syndróme polycystických ovárií. Tieto skupiny žien treba pravidelne skrínigovo vyšetrovať na prítomnosť rizikových faktorov.

Modifikácia životného štýlu

Faktory životného štýlu, ako sú fajčenie, nesprávna výživa a nedostatočná pohybová aktivita, sa významne podieľajú na

Z ¹Kliniky kardiológie a angiológie LF SZU a NÚSCH, a.s., Bratislava a ²I. internej kliniky LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika
Do redakcie došlo dňa 27. novembra 2017; prijaté dňa 30. novembra 2017

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., Klinika kardiológie a angiológie LF SZU a NÚSCH, a.s., Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava 37, Slovenská republika, e-mail: slavomira.filipova@nusch.sk

globálnom KV riziku. V aktuálnych odporúčaniach sa preto kladie dôraz na ich zmenu v prospech zdravého životného štýlu a jeho zachovanie. Na modifikáciu životného štýlu v prospech racionálnych zásad má slúžiť projekt desiatich strategických krokov. Zdôrazňuje sa význam vhodnej vzájomnej komunikácie medzi lekárom (zdravotníckym pracovníkom) a pacientom, pričom do tohto procesu sa majú okrem praktických lekárov, kardiológov, angiológov a internistov integrovať i ďalšie odbornosti, vrátane psychológov (Trieda odporúčania I, Úroveň dôkazu A).

Fajčenie

Vzhľadom na nespochybniteľné riziká fajčenia (aktívneho i pasívneho) a ich vplyv na zdravie, musí sa snahe o ukončenie fajčenia venovať osobitná pozornosť. Z finančného aspektu je to najefektívnejšie opatrenie KV prevencie všeobecne. V odporúčaniach sa zdôrazňuje význam odvykacích programov pod vedením školeného personálu. V prípade potreby možno využiť i aplikáciu nikotínových náhrad (NRT) i medikácie bupropiónom alebo vareniklinom (Trieda odporúčania I, Úroveň dôkazu A). O elektronických cigaretách sa v dokumente uvádza, že môžu byť pomocou pri odvykacej kúre. Problematika elektronických cigariet je ale komplexná a malo by sa k nej pristupovať na úrovni najnovších poznatkov. Nie je jasne a jednoznačne deklarovaný ich obsah a taktiež nie sú ešte údaje o vplyve dlhodobého fajčenia elektronických cigariet na zdravie. Z tohto dôvodu je potrebná veľká opatrnosť pri rozhodovaní ich využitia. Problematika ochrany nefajčiarov je v Slovenskej republike legislatívne upravená v Zákone o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov č. 377/2004 s aktualizáciou 335/2011 a novelizáciou zákonov.

Ovplyvnenie dyslipidémie

Pri veľmi vysokom KV riziku je cieľom našich intervencií dosiahnuť hladinu LDL cholesterolu menej ako 1,8 mmol/l alebo dosiahnuť viac ako 50-percentný pokles jeho hladiny pri východiskových hodnotách 1,8 až 3,5 mmol/l.

U jedincov s vysokým KV rizikom sa odporúča dosiahnuť hladinu LDL cholesterolu menej ako 2,6 mmol/l alebo dosiahnutie 50-percentnej redukcie východiskovej hodnoty.

U osôb so stredným alebo nízkym KV rizikom je cieľová hodnota LDL cholesterolu menej ako 3,0 mmol/l.

Z vyššie uvedeného pre nás vyplýva, že liečebné snahy predstavujú priaznivé ovplyvnenie hladiny LDL cholesterolu s dosiahnutím istých **cieľových hodnôt, ktoré boli stanovené na základe medicíny dôkazov (EBM)**, a nie na základe iných, nie vedecky podložených rozhodnutí (najčastejšie ekonomických).

Mnohé štúdie EBM potvrdili, že na medikamentózne ovplyvnenie hladiny LDL cholesterolu sú liekom voľby statíny. V prípade nedostatočného efektu monoterapie statínom je indikáciou použitie kombinovanej liečby statín + ezetimib. Novou terapeutickou modalitou je použitie PCSK-9 inhibí-

torov, ktoré v štúdiách preukázali až 60-percentnú redukciu hladiny LDL cholesterolu. Cieľovou populáciou pre ich použitie sú v súčasnosti predovšetkým pacienti s heterozygotnou formou familiárnej hypercholesterolémie a osoby s vysokým KV rizikom, ktoré nedosiahli cieľové hodnoty LDL cholesterolu napriek dlhodobej maximálnej tolerovateľnej hypolipidemickej liečbe.

Nedostatočná telesná aktivita

Telesná aktivita má v KV prevencii dôležitú úlohu. Potvrdili to mnohé štúdie. Pohybová aktivita sa odporúča 3-až 5-krát v týždni, najlepšie ale denne. Aktuálne odporúčania o KV prevencii navrhujú u zdravých osôb každého veku absolvovať týždenne najmenej 150 minút aeróbnej telesnej aktivity so strednou intenzitou (respektíve 75 minút s vysokou intenzitou). U osôb so zvýšeným KV rizikom sa pred začiatkom pravidelného telesného tréningu odporúča vykonať klinické vyšetrenie aj so záťažovým testom, aby sa mohol vypracovať individuálny tréningový program. Dôležité je tieto osoby motivovať k adherencii k pravidelnej telesnej aktivite.

Nesprávna výživa a obezita

Mnohé štúdie poukázali na skutočnosť, že zdravá výživa, bohatá na ovocie, zeleninu, ryby a olivový olej (tzv. stedomorská strava) má priaznivý efekt na telesné aj duševné zdravie a súčasne redukuje KV príhod. Maximálne 10 % z celodenného energetického príjmu má byť zabezpečených jednoduchými cukrami. Snahou režimových opatrení má byť dosiahnutie takej hmotnosti, pri ktorej sú dôkazy o najnižšej KV mortalite. Pre osoby mladšie ako 60 rokov je to hmotnosť s BMI 20 – 25 kg/m².

Artériová hypertenzia

Artériová hypertenzia je multifaktoriálne ochorenie, ktoré patrí k najdôležitejším rizikovým faktorom príznaku a progresie aterosklerózy a jej klinických komplikácií – koronárnej choroby srdca, srdcového zlyhávania, akútnych cievnych mozgových príhod a periférneho artériového obliteratívneho ochorenia. Artériová hypertenzia zvyšuje tiež riziko demencie, obličkovej insuficiencie a výskytu srdcových arytmií, predovšetkým fibrilácie predsiení. Riziko KV komplikácií narastá kontinuálne s výškou krvného tlaku, a to už v rozmedzí tzv. vyšších normálnych hodnôt (systolický TK 130 – 139 mmHg a diastolický TK 85 – 89 mmHg). Prevalencia artériovej hypertenzie narastá s vekom, čo sa prejavuje najmä pri systolickom tlaku krvi a zvyšuje sa tiež tlaková amplitúda. Všeobecne odporúčanými cieľovými hodnotami TK v liečbe artériovej hypertenzie u osôb mladších ako 60 rokov sú hodnoty < 140/90 mmHg. Osoby s vysokým KV rizikom a pacienti s diabetes mellitus by mali dosiahnuť hodnoty TK v rozpätí 130 – 139/80 – 89 mmHg. Intenzívnejšie znižovanie cieľových hodnôt TK sa i na základe výsledkov štúdie ACCORD neod-

porúča. V štúdií SPRINT sa overovala najvýhodnejšia hodnota zníženia systolického krvného tlaku u osôb so zvýšeným KV rizikom, avšak bez prítomnosti diabetes mellitus. Z výsledkov štúdie vyplýva, že skupina s cieľovým systolickým krvným tlakom < 120 mmHg (intenzívna liečba) mala v porovnaní so skupinou štandardne liečenou, s cieľovým systolickým krvným tlakom < 140 mmHg, významne nižší výskyt primárneho kombinovaného cieľa (IM a iné akútne koronárne syndrómy, cievna mozgová príhoda, srdcové zlyhanie alebo úmrtie z kardiovaskulárnej príčiny). Zistil sa ale vyšší výskyt závažných nežiaducich účinkov – hypotenzie, synkop, abnormalít elektrolytov a poškodenie alebo zlyhanie obličiek. Treba tiež upozorniť na to, že bol menší počet randomizovaných osôb vo vekovej skupine nad 75 rokov.

Diabetes mellitus

Ako skríningová vyšetrovacia metóda k diagnostike diabetes mellitus sa odporúča stanovenie hladiny glykémie nalačno a glykovaného hemoglobínu (HbA1c). V liečbe DM 2. typu sa ako liek voľby odporúča metformín. Každý diabetik vo veku nad 40 rokov by mal mať v medikamentóznej liečbe statín (Trieda odporúčania I, Úroveň dôkazu A). U pacientov s diabetom a prítomným KV ochorením sa odporúča zváženie včasnej preskripcie SGLT2-inhibítorov, pretože výsledky štúdie s empagliflozínom (EMPA-REG OUTCOME-Study) preukázali významnú redukciu KV mortality (38 %) a celkovej mortality (32 %).

Psychosociálne rizikové faktory

Predložený dokument sa venuje i problematike psychosociálnych rizikových faktorov, ktoré môžu byť pre vznik a priebeh KV ochorení významné. Z uvedených rizikových faktorov sú významné predovšetkým nízky socioekonomický status, stres, depresia, strach, sociálna izolácia. Pokiaľ sú tieto rizikové faktory identifikované, je potrebné ich ovplyvňovať komplexným prístupom, vrátane multiodborovej spolupráce (psychológ, psychiatr, sociálny pracovník).

Celospoločenské preventívne programy

Programy na celospoločenskej úrovni majú odrážať základné atribúty racionálnej prevencie KV chorôb – sem patria najmä podpora správnej výživy, pohybových aktivít a stop fajčeniu. **Táto problematika presahuje úlohy a možnosti sektoru zdravotníctva, pretože vyžaduje aj modernú legislatívu a súlad ekonomických a ekologických záujmov spoločnosti.** Významnú úlohu na Slovensku má Úrad verejného zdravotníctva SR, ktorý má v predmete svojej činnosti zabezpečovanie špecializovaných výkonov spojených s ochranou zdravia v odbore hygieny životného prostredia, hygieny detí a mládeže, hygieny výživy, preventívneho pracovného lekárstva, ochrany zdravia pred ionizujúcim žiarením, epidemiológie, lekárskej mikrobiológie, výchovy k zdraviu a zdravotníckej štatistiky, ako aj výchovy a výchovy

poslucháčov fakulty verejného zdravotníctva v tejto oblasti. Treba vyzdvihnúť odborné aktivity jednotlivých medicínskych odborných spoločností v rámci SLS. V problematike KV prevencie majú dôležité poslanie Slovenská kardiologická spoločnosť, jej Pracovná skupina preventívnej kardiológie, ďalej Slovenská hypertenziologická spoločnosť, Slovenská diabetologická spoločnosť, Slovenská asociácia aterosklerózy a ďalšie odborné spoločnosti a asociácie. Pravidelnú osvetovú činnosť v oblasti primárnej a sekundárnej KV prevencie vykonávajú viaceré združenia a nadácie na Slovensku – Slovenská liga za prevenciu a liečbu KV ochorení „Srdce k srdcu“, Slovenská nadácia srdca a Liga proti hypertenzii. Garantmi týchto nadácií sú odborné medicínske spoločnosti. Na základe nepriaznivého stavu v oblasti KV ochorení v Európe a na Slovensku sa Slovenská nadácia srdca stala organizátorom projektu MOST (Mesiac O Srdcových Témach), ktorý je zameraný na zvýšenie celospoločenskej informovanosti vedúcej k lepšiemu zdravotnému stavu obyvateľstva v oblasti kardiovaskulárneho zdravia. Doposiaľ bolo zorganizovaných 10 ročníkov projektu MOST. Nemožno opomenúť tiež aktivity Ligy proti rakovine SR, ktorá sa venuje tiež osвете o škodlivosti fajčenia. Na týchto akciách sa podieľajú zdravotníci odborníci aj veľa dobrovoľníkov.

Záverečné poznámky

Celková koncepcia predložených odporúčaní (2016) sa zásadne neodlišuje od tej, ktorá už bola aplikovaná aj pri predchádzajúcich verziách (2003, 2007, 2012), ktoré prevzali aj odborné spoločnosti na Slovensku.

Pozitívom ESC odporúčaní pre prevenciu KV ochorení je to, že sa snaží vniesť do zložitej a mnohoveľnej problematiky **konsenzus, akceptovateľný vo všetkých krajinách Európy**, ktoré sú členmi ESC. Tento materiál je akceptovaný a rozširovaný v jednotlivých členských krajinách ESC národnými odbornými spoločnosťami, vrátane Slovenska (u nás tradične aj s komentárom). Je aj cenným dokumentom pre argumentovanie nielen na úrovni organizácií Európskej únie, ale aj na úrovni národných vlád a parlamentov v oblasti prevencie KV ochorení. Práve aktuálne odporúčania sú charakteristické významným dôrazom na populačné, celospoločenské opatrenia a na sociálny a ekonomický dopad realizácie jednotlivých zložiek z odporúčaní.

Predložené Odporúčania o prevencii KV ochorení opakovane prinášajú **systematický pohľad** na všetky vyššie uvedené zložky rizikového profilu, preventívnych krokov, nefarmakologickej a farmakologickej liečby. Tak pozorný čitateľ vie odhaliť postupné posuny a vývoj názorov v argumentácii jednotlivých odporúčacích krokov. Keďže text je veľmi rozsiahly, môžu viaceré dôležité fakty uniknúť pozornosti. Aj preto vám predkladáme tento komentár.

Rozsiahlosť preventívnych odporúčaní je „chronickou chorobou“ ich ostatných štyroch verzií. Je to zrejme cena za konsenzus názorov viacerých zúčastnených európskych odborných spoločností a prizvaných expertov. Viaceré rozsiahle kapitoly (výživa, kontrola lipidov, artériová hypertenzia, diabetes mellitus a iné) by mohli byť vyriešené odkazmi na platné vydané ESC odporúčania pre danú oblasť namiesto prenášania údajov z nich. Z praktického pohľadu je totiž ťažko predstaviteľné, že lekári v praxi, ktorých integrálnou dennou pracovnou náplňou je prevencia KV ochorení (kardiológ, internista, geriater, všeobecný lekár a ďalší) prečítajú celý úplný text. Autori tohto komentára, ktorí boli už spoluautorami komentárov predchádzajúcich troch odporúčaní z rokov 2003 – 2012, vidia preto aj určité dôležité rezervy. Predloženým odporúčaniam chýba zdôraznenie formulovania určitých aspektov odbornej a spoločenskej vízie, **kam má prevencia KV ochorení v danom období smerovať**. Lekár-užívateľ odporúčaní by mal mať k dispozícii určitý odborný program a smerovanie pre svoju akciu, aj za cenu zjednodušených formulácií. Tých by sa mohol pridŕžovať vo svojej klinickej a ambulantnej praxi. Najlepšie sa to podarilo v oblasti kontroly lipidov (cieľové hodnoty LDL cholesterolu a s tým súvisiaci algoritmus postupov nefarmakologickej a farmakologickej liečby). Takéto jasne formulované algoritmy by boli žiaduce aj pre ďalšie rizikové faktory, cieľové skupiny pacientov a jednotlivé ochorenia. Oni v týchto odporúčaníach sú vo viacerých prípadoch skryté v široko koncipovanom texte, a môžu zostať nepovšimnuté. Vreckové vydanie sa obmedzuje

prevažne na obrázky a tabuľky prebraté z úplného textu, čím len z časti rieši uvedený problém. Tento skrátený dokument neposkytuje napríklad jasný algoritmus ako návod časového a logického postupu v konkrétnych preventívnych opatreniach pre pacientov na rôznych úrovniach vypočítaného KV rizika.

Nepochybné je, že problematika prevencie KV ochorení je komplexná, zasahuje do viacerých odborností mimo kardiológie a tiež zasahuje do spoločenského a ekonomického života. Prevencia KV ochorení je veľmi náročná na praktickú realizáciu. **Tímové a medzinárodné spracovanie problematiky je to správne riešenie.** Je silné v tom, že zachováva komplexné formulácie, základné preventívne záujmy bez ohľadu na to, o ktorú európsku krajinu ide. Medzinárodné spracovanie na úrovni ESC garantuje vklad údajov medicíny založenej na dôkazoch (EBM) a je odolné proti lokálnym záujmom mimo EBM. Jednotlivé európske krajiny majú svoje špecifiká a vlastnú legislatívu. To však neznamená, že vhodnou cestou je tvorba národných odporúčaní. Žiaduce je skôr nabádať k opatrnosti pred tvorbou národných odporúčaní, najmä v menších krajinách (ako je Slovensko), pretože nedisponujeme komplexnými vedecky overenými údajmi EBM pre našu lokálnu populáciu, na základe ktorých by sme mohli formulovať odlišné všeobecné aj konkrétne odporúčacie postupy (napríklad cieľové hodnoty pre krvný tlak, lipidové spektrum a podobne.). Tie by potom mohli byť nahradzané lokálnymi odporúčaniami algoritmi, ktoré majú čiastočne iné záujmy ako presadzovanie vedeckých poznatkov do klinickej praxe.