

Komentář k Evropským doporučeným postupům prevence kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi, verze 2012

doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

V květnu tohoto roku byla poprvé představena nová společná doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění devíti evropských společností pod vedením Evropské kardiologické společnosti. Jde již o pátou revizi od roku 1994, přičemž význam tématu podtrhuje fakt, že KV úmrtí stále tvoří 40 % úmrtí v Evropě do 75 let věku. Většího prostoru se prezentaci doporučení dostalo na výročním sjezdu společnosti v Mnichově a diskuze o tom, co nová guidelines přinesla skutečně nového, pokračuje.

Interní Med. 2012; 14(12): 489–490

Přestože dokument má téměř 80 stran, nemůže obsáhnout detaily jednotlivých aspektů kardiovaskulární prevence a nenahrazuje tak samostatná doporučení pro intervenci jednotlivých rizikových faktorů. Navazuje však a do značné míry integruje některé tyto dokumenty – například doporučení pro management dyslipidemií vydaná v roce 2011. Následující řádky představují zamyšlení nad vybranými aspekty nových doporučených postupů. Celkové zhodnocení jejich přínosu a detailní rozbor novinek na sebe nenechají dlouho čekat.

Hlavním rysem nových doporučení je pokračující důraz na komplexní zhodnocení rizika jako základ úvah o volbě preventivních strategií. Stratifikace rizika nabízí nově 4 kategorie. Nově se objevují kategorie středně zvýšeného a nízké-

ho rizika. Kritéria zařazení do jednotlivých skupin uvádí tabulka 1.

Ke zhodnocení rizika asymptomatických osob nadále budeme používat tabulky SCORE. Jsou-li k dispozici, doporučují poslední guidelines používat ty sestavené na základě zhodnocení národně specifických epidemiologických dat, které pro ČR máme naštěstí k dispozici (2).

Z dalších rizik nezařazených v používaných stratifikačních algoritmech připomínají poslední doporučení význam psychosociálních faktorů, které celkové riziko zvyšují a zhoršují prognózu nemocných s manifestním kardiovaskulárním onemocněním. Patří mezi ně např. nízký soc. ekon. status, osamělost, deprese, anxióza, osobnostní typ D atd.

Znovu jsme byli ujištěni, že nové laboratorní ukazatele nejsou k rutinnímu odhadu rizika nutné. U osob ve středním riziku lze využít hsCRP nebo stanovení homocysteinemie případně detekci subklinické aterosklerózy neinvazivními metodami – ultrazvuk karotických tepen, stanovení poměru kotník-paže nebo využití kalciového skóre koronárních tepen.

Autoři doporučení připomínají známý fakt, že osoby se syndromem spánkové apnoe a muži s erektilní dysfunkcí mají zvýšené KV riziko, které je nutno kvantifikovat a snížit. Zvláštní odstavce se věnují nemocným s chronickými systémovými zánětlivými onemocněními (lupus erythematosus, psoriáza, revmatoidní artritida), tedy stavům spojeným s akcelerací aterosklerózy. Pozornost si vysloužil i prozánětlivý stav spojený s periodontální infekcí, jejíž léčba příznivě ovlivňuje endoteliální dysfunkci.

Z hlediska intervence ke snížení rizika tvoří základ nových doporučení změna životního stylu. Té dokument věnuje značný prostor.

Základní doporučení úpravy diety uvádí tabulka 2.

I přes detailní popis možností ovlivnění KV rizika složením diety autoři konstatují závěrem déle známý fakt, že nejracionalnější se z hlediska cévního zdraví aktuálně jeví respektování principů středomořské diety. Kromě relativně většího rozsahu, který poslední doporučení oblasti intervence životního stylu věnují, nenajdeme podstatné rozdíly ve srovnání se staršími verzemi. Samozřejmostí, nikoli nepodstatnou, je apel k nutnosti zanechání kouření u všech kuřáků a neméně důrazná výzva k minimalizaci expozice tabákovému kouři v prostředí (pasivní kuřáctví).

Cílové hodnoty neposouvají revidovaná doporučení v žádném směru nečekaným směrem a většinou nedochází k modifikaci stávajících cílů. Cílovou hodnotou LDL-cholesterolu pro kategorii velmi vysokého rizika, kam nově patří kromě tradičních skupin i všichni nemocní s diabetem 2. typu a alespoň jedním dalším rizikovým faktorem, ponechala doporučení na hodnotě pod 1,8 mmol/l, jak uvedla doporučení evropských společností z roku 2011. Cílem intervence arteriální hypertenze pro všechny rizi-

Tabulka 2. Základní doporučení diety ke snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění

Snížit
- spotřebu nasycených tuků - spotřebu tuků s obsahem „trans“ mastných kyselin - množství dietního cholesterolu - nadměrnou tělesnou hmotnost
Zvýšit:
- spotřebu vlákniny - spotřebu funkčních potravin obohacených o fytoosteroly - konzumaci sójové bílkoviny - habituální nebo sportovní fyzickou aktivitu

Tabulka 1.

Velmi vysoké riziko
- Manifestní KVO – Revaskularizace, po IM, AP, po TIA, iCMP – Subklinická ateroskleróza (zobrazovací metoda) - DM 2. typu s dalšími RF a DM 1. typu s MAU - Chronické renální onemocnění 3. a vyššího stupně (eGFR <30ml/min) - SCORE > 10%
Vysoké riziko
- Významné zvýšení izolovaného RF (FH, těžká arteriální hypertenze) - Chronické renální onemocnění 2. stupně (eGFR 30–60ml/min) - DM 2. typu bez dalších rizikových faktorů - SCORE 5–10% - Středně zvýšené riziko - SCORE 1–5% - Modifikace MetSy, RA, kombinovanou DLP, dalšími RF
Nízké riziko
SCORE < 1%

kové kategorie je dosažení hodnoty TK < 140/90. Jedinou skupinou, kde pro takto stanovenou cílovou hodnotu neexistuje opora v klinických studiích, jsou hypertenici nad 80 let.

Z hlediska doporučených farmakologických intervencí hlavních rizikových faktorů vycházíme při úvaze o zahájení a vedení terapie ze stanovení celkového KV rizika stejně jako podle minulých doporučení. Základem hypolipidemické farmakoterapie zůstaly statiny ve většině klinických situací. Léčbu hypertenze zahajujeme zástupcem některé z pěti hlavních tříd antihypertenziv se srovnatelnou antihypertenzivní účinností. Doporučení připomínají prokázanou výhodnost blokády systému RAS a synergické působení při současném podávání s blokátory kalciových kanálů. První volbou pro farmakologickou léčbu diabetu 2. typu s ohledem na prevenci kardiovaskulárních komplikací nadále zůstává metformin. Zúžila se indikace acetylosalicylové kyseliny.

Tu budeme nadále podávat všem pacientům s manifestními kardiovaskulárními onemocněními, ale v primární prevenci není antiagregační léčba na místě ani u vysoce rizikových skupin, například u diabetiků.

Přestože univerzální dokument typu Doporučených postupů pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění musí, s ohledem na množství faktorů podmiňujících jejich vznik a rozvoj, být pouze rámcovým přehledem spíše než praktickým užitečným návodem, není snaha autorů marná. Přinejmenším se opět oživuje tematika prevence oběhových onemocnění, kterou možná leckdo považuje za vyřešený problém. A pravdou zůstává, že úspěchy prevence a léčby KV onemocnění v posledních 20 letech nemají v ostatních odvětvích medicíny obdobu. Přesto by výsledky mohly být ještě lepší. A právě upozornění na různé aspekty KV prevence s důrazem na poslední poznatky ve formě nových

doporučených postupů slouží tomuto cíli velmi dobře.

Literatura

1. Perk J, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Eur J Prev Cardiol. 2012 Aug; 19(4): 585–667.
2. Vavrková H, Soška V, Rosolová H, et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií v dospělosti, vypracované výborem České společnosti pro aterosklerózu. Vnitr Lek 2007, 53(2): 181–97.

Článek přijat redakcí: 23. 11. 2012

Článek přijat k publikaci: 11. 12. 2012

doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.
3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha
U Nemocnice 1, 128 02 Praha
vrablikm@seznam.cz

